Министерство здравоохранения Красноярского края

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»

Профилактика наркотических расстройств и формирование здорового образа жизни

методическое пособие

Красноярск
2018

УДК 616-084(042)
ББК 51.1(2)2
Л 43

Редакторы:
Кандидат медицинских наук, доцент О.Ю. Кутумова;
Кандидат медицинских наук Е.А.Демко

Рецензенты:
Доктор философских наук, доцент Е. А. Авдеева; д
Доктор медицинских наук, доцент М. А. Березовская;
Доктор медицинских наук М. И. Базина;
Доктор медицинских наук, доцент М. Ю. Галактионова;
Кандидат медицинских наук, доцент Т. В. Горячева;
Доктор медицинских наук Е. В. Козина;
Доктор психологических наук, профессор О. И. Логинова;
Кандидат медицинских наук Д. Е. Омельчук;
Кандидат медицинских наук С. В. Штейнердт

Профилактика наркотических расстройств и формирование здорового образа жизни /Методическое пособие под ред.О. Ю. Кутумовой, Е. А. Демко. – Красноярск: **типография «Старатель»**, 2017.– с. - г. Красноярск,
ул. Марковского, 43; тел. (391)227-50-92

В издании представлены материалы по вопросам профилактики наркологических расстройств и формированию здорового образа жизни.

Материалы подготовлены в рамках реализация Программы профилактики наркотических расстройств в Красноярском крае на 2017-2018г.г.

Материалы печатаются в авторской редакции.

УДК 616-084(042)
ББК 51.1(2)2

© Министерство здравоохранения
Красноярского края
КГБУЗ «ККЦМП», 2017г.

Министерство здравоохранения Красноярского края
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой Центр медицинской профилактики»

Профилактика наркотических расстройств и формирование здорового образа жизни

методическое пособие

под редакцией канд. мед. наук, доц. О.Ю. Кутумова,
канд. мед. наук Е.А.Демко

С о д е р ж а н и е

1. **ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ**
Л.М.Лисняк…… ...5

2. **ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ И ЕГО СУРОГАТОВ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА**
Л.П.Харитонова…….. ...9

3. .**ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**
Л.П.Харитонова ……. 16

4. **ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ**
Л.П.Харитонова……. ..23

5. **ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ У ПОДРОСТКОВ. ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ**
Л.П.Харитонова ……. .27

6. **О ВРЕДЕ И ОПАСНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ И «ПАРЕНИЯ»,КАКАЛЬТЕРНАТИВЫ КУРЕНИЮ**
Л.П.Харитонова…… ...30

7 **ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ НАРКОТИЧЕСКИХСРЕДСТВ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТ**
Л.П.Харитонова…….. 34

8. **ВСЕ О СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКАХ**
Л.П.Харитонова…….. 40

9. **УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ.ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ**
Л.П.Харитонова……44

10. **ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ**
Е.С. Квитковская, В.В. Саури……..55

Сведения об авторах…….. 63

Литература…… 64

ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ
(для педагогов, психологов, родителей, школьников)

Л.М.Лисняк

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

План

1. Определение здоровья.

2. Компоненты здоровья.

3. Факторы, влияющие на здоровье.

4. Образ жизни как ведущий фактор влияния на индивидуальное здоровье.

5. Выводы.

Цель: Приобщить к пониманию ценности психического здоровья, как состоянию душевного благополучия.

Задача: Сообщить о критериях психического здоровья, о том как развиваясь самому содействовать развитию общества.

Уставом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ,1968) здоровье определено как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни или физических дефектов».

По мнению Ю.Е. Вельтищева, полноценное здоровье - это такое состояние организма, при котором функции его систем и органов находятся в состоянии динамического равновесия с внешней средой, отсутствуют какие-либо проявления и риск болезней. Однако здоровье человека представляет собой не только биологическую, но и социальную категорию, то есть

возможность осуществления социальных контактов на уровне семьи, коллектива, общества.

Физиолог Р.М. Баевский (1979) определяет здоровье как возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психической и социальной сущности человека.

В здоровье выделяют несколько важных компонентов:

1. Физический – это то, как функционирует организм, уровень его резервных возможностей. Сюда же включается наличие или отсутствие физических дефектов, хронических заболеваний.

2. Психоэмоциональный – это состояние психической сферы, наличие или отсутствие нервно-психических отклонений, умение понимать и выражать свои чувства, контролировать эмоции, способ выражения отношения к самому себе и окружающим людям.

3. Интеллектуальный – это то, как человек усваивает информацию, использует её, эффективность поиска и накопления нужной информации, обеспечивающей развитие личности и её адаптацию в окружающем мире.

4. Социальный – осознание личностью себя в качестве субъекта мужского или женского пола и её взаимодействие с окружающими. Отражает способ общения и отношений с разными группами людей, то есть с обществом.

5. Личностный – то, как человек осознает себя в качестве личности, как развивается собственное "я", то есть самоощущение и чувство самореализации. Способ самореализации зависит от системы ценностей человека, от того, чего он хочет добиться в своей жизни.

6. Нравственный – это те основополагающие целевые жизненные установки, которые обеспечивают цельность личности, её развитие.

С возрастом изменяется вклад каждого из компонентов в целостное здоровье. Здоровье - состояние динамическое. На него способны влиять, как указывалось выше, многочисленные факторы, которые по характеру действия, можно разделить на группы:

1) факторы «риска» - факторы, потенциально способные в определенных условиях привести к ухудшению здоровья;

2) факторы, ухудшающие здоровье;

2) факторы «здоровья» - укрепляющие здоровье;

3) факторы, не влияющие на здоровье.

В зависимости от сферы влияния все эти факторы могут быть объединены в четыре основные группы:

1) факторы образа жизни (50% в общей доле влияния);

2) факторы внешней среды (20% в общей доле влияния);

3) биологические факторы (20% в общей доле влияния);

4) факторы медицинского обслуживания (10% в общей доле влияния).

Очень важно, что в каждом конкретном случае роль того или иного фактора, формирующего здоровье, неодинакова.

Каждому человеку от рождения дан некий потенциал здоровья, или количество здоровья. Как будет реализован этот потенциал, зависит не только от человека, но и социума, в который он погружается в те или иные периоды жизни. Количество здоровья определяется адаптационными резервами организма как целостной системы. Понятие о здоровом образе жизни.

Здоровье, как было указано выше, определяется рядом факторов, ведущим в котором является образ жизни человека. Под образом жизни следует понимать способ жизнедеятельности человека, которого он придерживается в повседневной жизни в силу социальных, культурных, материальных и профессиональных обстоятельств.

Существует два альтернативных подхода к определению индивидуальных критериев и целей здорового образа жизни:

1) Традиционный - ставит своей задачей достижения всеми одинакового поведения, которое считается правильным: отказ от курения и употребления алкоголя, повышение двигательной активности и др.

2) Не традиционный - индивидуальный подход к формированию здорового образа жизни (ЗОЖ).

Выводы

Г.К.Зайцев определяет здоровый образ жизни как гармоничное сочетание трёх уровней жизни человека: физиологического, психологического и социального.

Формирование ЗОЖ является главным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения через изменения стиля и уклада жизни, его оздоровление с использованием гигиенических знаний в борьбе с вредными привычками, гиподинамией и преодолением неблагоприятных сторон, связанных с жизненными ситуациями.

Компоненты образа жизни, положительно влияющие на здоровье, могут быть сведены к следующему перечню:

- полноценный отдых;
- активная жизненная позиция (производственная, общественная, культурная, бытовая);
- удовлетворенность жизненной ситуацией;
- сбалансированное, рациональное питание;
- постоянный врачебный контроль;
- экономическая и материальная независимость;
- психологический и физический комфорт;
- адекватная двигательная активность.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ И ЕГО СУРОГАТОВ НА ОРГАНИЗМ ПОДРОСТКА

(для педагогов, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1. Актуальность проблемы.
2. Факторы риск развития алкогольной зависимости.
3. Механизм действия этилового спирта.
4. Воздействие алкоголя на различные органы и системы организма.
5. Суррогаты и их влияние на человека.
6. Пиво в молодежной среде.
7. О вреде употребления энергонапитков.
8. Вывод.

Цель: Ознакомить педагогов, родителей с последствиями наркотического и токсического действия алкоголя на организм растущего человека.

Задача:Мотивировать подростков относиться к алкоголю, как к средству самоуничтожения.

Более пятисот тысяч смертей ежегодно в России связано с употреблением алкоголя. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность, связанная с употреблением алкоголя, составляет в среднем на планете 6,3 % у мужчин и 1,1 % у женщин.

Актуальность борьбы со злоупотреблением алкоголя подростками вне сомнений.Так как знакомство с опьяняющими дозами в возрасте до 16 лет и

в последствии регулярное употребление спиртных напитков обеспечит зависимость в более старшем возрасте.

Алкогольные напитки принято разделять на крепкие – более 18% алкоголя, средней крепости (9-18%) и слабые (до 6%) .

Злоупотребление алкоголем без зависимости от него сегодня стали называть аддиктивным поведением подростков. Таким образом, аддиктивное поведение подростков – это злоупотребление различными веществами, в том числе и алкоголем, изменяющими психическое состояние до того, как от них сформировалась физическая зависимость.

Риск развития алкоголизма у подростков при наличии аддиктивного поведения неодинаков. Он зависит от ряда факторов. Факторы, способствующие или препятствующие переходу аддиктивного поведения в болезнь можно разделить на:

- социальные;

- психологические;

- биологические.

Социальные факторы:

- доступность алкоголя для подростка. Что касается доступности алкоголя, то речь в первую очередь необходимо вести о пиве и, так называемых, слабоалкогольных напитках;

- «мода» на него;

- степень грозящей ответственности;

- влияние группы сверстников, к которой принадлежит подросток.

Психологические факторы:

- тип акцентуации характера;

- привлекательность возникающих ощущений и переживаний;

- выработка гедонистической установки;

- страх причинить реальный вред самому себе;

- отсутствие социальных интересов;

- стремление к самоутверждению.

Биологические факторы:

- степень первоначальной толерантности;

- отягощенная алкоголизмом наследственность;

- резидуальное органическое поражение головного мозга;

- хронические болезни печени с нарушением её детоксицирующей функции;

- природа вещества, которым злоупотребляют.

Этиловый спирт (C_2H_5OH; синонимы: этанол, алкоголь, винный спирт, гидроксиэтан) – наиболее известный представитель класса спиртов, оказывающий наркотическое и токсическое действие на организм человека.

Вначале этиловый спирт вызывает возбуждение, а затем резкое торможение центральной нервной системы.

Систематическое употребление спиртных напитков даже в небольших дозах приводит к нарушению важнейших функций организма и тяжелейшему поражению всех органов и тканей без исключения, вызывает органические заболевания нервной и сердечнососудистой систем, печени, почек желудочно-кишечного тракта, ведет к моральной и психической деградации личности. Степень повреждения, различная частота и темп прогрессирования поражения органов зависят от дозы и частоты приема алкоголя.

При употреблении алкоголя отмечается сочетание признаков нарушения белкового и липидного обменов, а также выраженных микроциркуляторных расстройств, что подтверждает состояние иммунодефицита, вследствие повреждающего действия этилового спирта на иммунокомпетентные органы.

Центральная нервная система

Поступивший в организм этиловый спирт действует на определенные структуры головного мозга токсически и наркотически.

В стволовом отделе головного мозга имеется область, которая называется «система подкрепления». Эта система участвует в регуляции мотиваций и эмоционального состояния. Именно активация этиловым спиртом этой системы посредством высвобождения нейромедиатора дофамина и опиодных пептидов формирует синдром зависимости – это наркотический эффект.

Этиловый спирт действует на кору головного мозга, при этом наступает опьянение с характерным алкогольным «возбуждением». Это возбуждение не

является результатом усиления возбудительного процесса, а возникает из-за ослабления процесса торможения. Следовательно, под влиянием алкоголя развивается преобладание процессов возбуждения над процессами торможения. В силу возрастных особенностей центральной нервной системы подростка, которые характеризуются корково-подкорковым дисбалансом и незрелостью гематоэнцефалического барьера,(защитная преграда между капиллярной кровью и нейронами ЦНС) головной мозг юношей и девушек становится более уязвимым для токсических и наркотических веществ, в том числе и для алкоголя.

В больших дозах этиловый спирт вызывает грубые нарушения функций как продолговатого, так и спинного мозга. При этом может наступить состояние длительного глубокого наркоза с потерей рефлексов и угнетением жизненно важных центров. Под влиянием этилового спирта может наступить смерть в результате паралича дыхательного или сосудодвигательного центров.

Кроме того, что сам этиловый спирт оказывает крайне негативное влияние на весь организм, не менее отрицательным воздействием обладают его метаболиты.

Часть этилового спирта (2-10%) выделяется из организма в неизменённом виде с мочой, выдыхаемым воздухом, потом, слюной, калом. Остальное количество спирта подвергается метаболизму. Некоторая часть спирта окисляется полностью с образованием воды и углекислого газа, а большее количество – окисляется с участием алкогольдегидрогеназы до уксусного альдегида (ацетальдегида), а затем с участием альдегиддегидразы последний превращается в уксусную кислоту. И ацетальдегид, и уксусная кислота вызывают развитие тяжелого ацидоза в организме. Следует отметить, что генетически русские люди имеют дефицит вышеуказанных ферментов. В этих условиях прием алкоголя может иметь катастрофические последствия.

Желудочно-кишечный тракт

Помимо центральной нервной системы этанол вызывает у подростков нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Они проявляются болями в области желудка и диареей. Болевой синдром связан с повреждениями слизистой оболочки желудка, двенадцати перстной и тощей кишок. Однократное употребление качественного алкоголя, но в больших дозах может вести к развитию панкреонекроза у подростков. Наконец, злоупотребление алкоголем подростками ассоциируется в более зрелом

возрасте с раками желудочно-кишечного тракта. Так, риск рака пищевода и прямой кишки возрастает в 2 раза.

Даже при эпизодическом злоупотреблении алкоголем могут наблюдаться явления, ведущие к фиброзу и, в конечном итоге, к циррозу печени.

Сердечнососудистая система

Этиловый спирт в высоких концентрациях может запустить механизм массивного внутрисосудистого гемолиза и развитие тяжелейшей острой почечной недостаточности.

Высокие концентрации этанола могут спровоцировать остановку сердца. Употребление алкоголя способствует развитию раннего атеросклероза. Токсическое действие этанола на сердечную мышцу чревато развитием алкогольной кардиомиопатии и различного рода аритмий, к которым даже без участия алкоголя предрасположено сердце подростка в силу лабильности нейроэндокринной регуляции.

Эндокринная система

Токсическое действие этилового спирта не обходит стороной и эндокринные. В подростковом возрасте, когда эндокринная

система вступает в период «расцвета», алкогольная интоксикация особенно губительна для неё и чревата развитием всевозможных эндокринопатий.

Об отрицательном влиянии алкоголя на иммунную систему скажем, что все подростки, злоупотребляющие алкоголем, иммунодефицитны.

Мочевая система

При употреблении алкоголя повреждения почек могут проявляться как острые:

- токсический тубулоинтерстициальный нефрит, как правило, осложняющийся острой почечной недостаточностью;

и хронические:

- хронический алкогольный гломерулонефрит (медленно прогрессирующий, с исходом в хроническую почечную недостаточность в 20% наблюдений);

- тяжелый гнойный (деструктивный) пиелонефрит.

Острые алкогольные повреждения почек развиваются не только при употреблении больших доз качественного алкоголя, но и при употреблении суррогатов алкоголя, что отмечается чаще.

К суррогатам алкоголя относят:

- гликоли;

- метиловый спирт;

- хлорированные углеводороды.

Суррогаты алкоголя вызывают, как правило, острый канальцевый некроз, а также тяжелую острую энцефалопатию, трудно коррегируемую гипертонию, острый гастроэнтерит (Тареева И.Е., 2000), кроме того, суррогаты алкоголя могут стать причиной нетравматического рабдомиолиза(разрушение ткани и выход вредных веществ в кровь) и как следствие – тяжелой острой почечной недостаточности.

Кислотно-щелочное состояние организма

Нарушения всасывания электролитов в желудочно-кишечном тракте, а также нарушения канальцевых функций при поражении почек приводят к расстройству водно-электролитного баланса, которые проявляются гиповолемией, гипокалиемией и гипофосфатемией.

Особо следует сказать о вреде употребления широко распространенных в молодежной среде пива и, так называемых, энергетических напитков.

Специалисты-наркологи считают пиво самым коварным алкогольным напитком.

Главными причинами широко распространенного в молодёжной среде употребления пива являются его общедоступность (это, так называемый, - «бюджетный напиток»), обманчивое мнение, что содержание алкоголя в пиве крайне мало, агрессивная и навязчивая реклама, наконец «мода» на употребление пива.

Бутылка 5% пива оказывает на организм такое же действие, как 60 мл водки. А так как молодежь употребляет, как правило, не одну бутылку – идет постепенное привыкание к пиву, как к любому другому алкогольному

напитку. Причем у подростков, в отличие от взрослых, пивная зависимость развивается уже через несколько месяцев регулярного употребления пива.

Главная опасность пива – не только в процентах алкоголя. Хмель, на основе которого готовят пиво, - растение из семейства коноплевых. При варке хмеля в раствор пива, даже безалкогольного, выделяются фитоэстрогены. В желудочно-кишечном тракте под действием пищеварительных ферментов фитоэстрогены пива превращаются в женский половой гормон эстрадиол. Последний вызывает феминизацию организма юноши и повышение эстрогенового фона в организме девушки. Искусственно создаваемый пивом гормональный дисбаланс наносит сокрушительный удар по репродуктивному здоровью подростков, чреват снижением либидо и бесплодием.

Наконец, несколько слов об энергетических напитках Разлитые в яркие, красочные баночки, эти напитки особенно привлекательны для подростков. Тем более, что среди молодежи, введенной в заблуждение все той же рекламой и доступностью, эти энергетики алкогольными напитками не считаются вовсе! При этом: 1 банка (250 мл) энергетического напитка содержит: 50 мл этилового спирта и 300 мг кофеина, а так же бензойную кислоту и красители (в частности красный очаровательный). Последние относят к канцерогенам. Выпивая как минимум, по данным соцопросов, 5 банок энергетика на дискотеке или во время молодежных тусовок, подросток фактически употребляет 1 бутылку водки, 10 чашек крепкого кофе и закусывает этот коктейль канцерогенными веществами.

Вывод

Алкогольспособен уничтожить человека в любом возрасте, а тем более подростка.

ВЛИЯНИЕ НИКОТИНА НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА
(для учащихся, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1. Основные свойства никотина.
2. Установки курильщика.
3. Переход на токсикоманический уровень.
4. Формирование зависимости.
5. Механизмы толерантности.
6. Утрата ситуационного контроля.
7. Курение в детско-подростковых группах.
8. Основные проявления острого действия никотина на системы.
а) ЦНС
б) ССС
в) эндокринную
г) дыхания
9. Пассивное курение.
10. Три основные черты никотиновой зависимости.
11. Выводы.

Цель: Воспитать негативное отношение к табачным изделиям до полного отрицания.

Задача: Доказательно пояснить, что табакокурение- наркомания ведущая к изменению личности.

Основные свойства «модулирующих воздействиях никотина», т.е. это не «чистый стимулятор» («интеллектуальное просветление», «интеллектуальный подъем»), и не «чистый седатик», «релаксант».

Клинические эффекты никотина различны в каждом конкретном случае и зависят от множества факторов и условий, они (эффекты) различны не только у разных людей, но и у одного и того же человека от сигареты к сигарете. Так, например, курение в период волнения успокаивает, а в период сонливости, которая не, кстати, никотин вызывает возбуждающий, бодрящий, стимулирующий эффект. Как это не парадоксально, но курильщики с затруднениями описывают конкретные ощущения, которые возникают при выкуривании сигареты.

С уверенностью можно утверждать, что при табакокурении, как и при многих формах наркомании, ведущее значение играет, так называемый, ожидаемый эффект, т.е. установка курильщика достичь в данный момент желаемого (прогнозируемого) психофизиологического состояния, снять стресс, утомление, напряжение, взбодриться («разогнать сон в перерыве между занятиями»), покурить в состоянии голода или в состоянии сытости, облегчить общение в пределах микросоциального окружения, улучшить умственную работоспособность, закурить от волнения, от безделья и перегруженности работой, от радости и счастья, от горя, от успеха и неудачи, закурить «перед стартом» и на «финише», покурить за рюмкой водки или чашкой кофе, покурить в компании и наедине и т.д. Иначе говоря, сигарета, как атрибут зависимости, выступает в качестве «скорой помощи» («палочки-выручалочки») во всех случаях жизни; сигарета и как демонстрация силы, мужества, и как проявление слабости. Но это только раздел психологической зависимости при табакокурении: Из приведенного видно, что речь идет о многообразии психогенно и физиогенно обусловленных мотивов и мотиваций.

Однако перечень потребностей в курении табака значительно расширяется и усложняется с учетом наступившей никотиновой физической зависимости («никотиновый голод»), когда никотин превратился в обязательный компонент (ингредиент) жизненно важных биохимических процессов и метаболизма на новом патологическом (токсикоманическом) уровне, когда определенная концентрация никотина в крови должна поддерживаться постоянно. Здесь уже внешние причины в качестве стимула табакокурения биологизируются. Некурение теперь чревато каскадом расстройств поведенческих, психических, соматовегетативных. Понижение концентрации никотина в крови вызывает абстинентный синдром - раздражительность, беспокойство, навязчивые мысли о сигаретах, ослабление внимания, слабость, вялость, бессонницу, снижение работоспособности, снижение настроения, депрессивные компоненты. Выраженность компульсивного (непреодолимого) влечения к никотину может быть настолько велика, что курильщик может допускать несвойственные ему поступки. Постепенно организм вырабатывает брутальные формы восполнения недополученной дозы никотина (утренний кашель, «бронхит курильщика», укрощаемый только затяжками табачного дыма; приступы головных и сердечных болей, спазмы желудка, тремор рук, гипергидроз и др.).

Когда курение табака становится болезнью?

Зависимость формируется довольно быстро, в связи с чем никотин можно отнести к веществам с высокой наркогенностью. Первые пробы табака заканчиваются, как правило, признаками интоксикации (отравления) — тошнота, рвота, головокружение, горечь во рту, гиперсаливация, головная боль, слабость, бледность, тахикардия, отсутствие аппетита. Нередко после интоксикационного состояния наступает пауза в употреблении табака (иногда навсегда). Следующие сигареты очень быстро формируют повышение устойчивости к изначальным токсическим эффектам

табачного дыма, они отступают на задний план, нивелируются, а на передний план выступают психоактивные. Возраст начала курения в большинстве случаев детско-подростковый, однако, наблюдаются и отдельные случаи начала табакокурения после 30 лет.

Описанное изменение формы потребления табака входит в структуру кардинальных признаков сформировавшейся табачной зависимости, составляющих синдром измененной реактивности. Кроме того, сюда входит феномен изменения толерантности, когда по мере формирования табачной зависимости требуется все большая доза никотина или любого другого психоактивного вещества при других наркологических заболеваниях.

Выделяется 2 механизма толерантности:

а) метаболический механизм: повышение активности ферментов, участвующих в нейтрализации (разрушении) психоактивного вещества;

б) фармакодинамический механизм связан с изменением (снижением) чувствительности рецепторов к никотину.

На начальном этапе формирующейся зависимости курение носит эпизодический, прерывистый, несистематичный и контролируемый характер. Доза никотина, поступающая в организм в процессе ингаляций табачного дыма минимальна, в пределах одной или нескольких сигарет в день. Повышение толерантности к никотину можно констатировать на примере установившегося ритма, регулярности, систематичности курения, постепенном увеличении количества выкуриваемых сигарет (до 20—40 и более штук в сутки). Повышенная толерантность может проявляться некоторое время не в учащении табакокурения, а в переходе на более крепкие сорта сигарет, отказ от сигарет с фильтром, т.к. адаптация наступает и на крепкие сорта табака, доза никотина вновь должна повышаться, теперь уже за счет своеобразного неистовства в курении: «курит сигарету за сигаретой», «не вынимает сигарету изо рта». В «никотиновом анамнезе» большинства курильщиков фигурируют периоды предпочтения определенного сорта («любимых») сигарет, что по своей сути означает наиболее оптимальное удовлетворении необходимой дозы никотина. Если раньше перерывы в суточном ритме (системе) интоксикации наступали за счет периода сна, то теперь курит ночью. На этом этапе курильщики могут достигать без особых последствий такой суточной дозы никотина, которая является смертельной для интактного организма. Здесь можно вспомнить о таком феномене наркологической патологии, как утрата количественного контроля. Потребность в никотине приобретает витальный (жизненно важный) характер, когда тяга к курению уподобляется голоду, жажде, неукротимой страсти. Снижение его концентрации в жидких средах и тканях организма вызывает своеобразный патофизиологический фрустрационный стресс, интегрально именуемый никотиновым абстинентным синдромом («похмельный синдром» — при алкоголизме, «ломка» — при наркомании). Появляется кашель, нервность, раздражительность, беспокойство, тревожно-депрессивное состояние. Поведение курильщика при этом носит суетливо-поисковый, «ищущий» характер, круг интересов его в этот момент суживается и замыкается навязчивыми мыслями о курении, и они будут

реализованы, чего бы это ему не стоило, даже если для этой цели потребуется преждевременно выйти из зала заседаний, перекурить в кинотеатре. Курят при младенцах, детях, стариках, тяжело больных. Именно неконтролируемая тяга к никотину вынуждает курить в постели, в пожароопасных местах и ситуациях (ремонт бензинового двигателя с сигаретой во рту). Таким образом, речь идет еще об одном диагностическом признаке наркологической зависимости — утрате ситуационного контроля.

Для любой токсикомании, наркомании, алкоголизма характерны изменения личности. При никотинизме они не носят характера выраженной деградации и интеллектуального снижения. Однако можно констатировать об измененной психологии личности курильщика: построение системы взглядов и вербальных формулировок, оправдывающих или смягчающих осуждение табакокурения («все курят и я курю», «зачем отказывать себе в маленьких радостях и удовольствиях», «кто не курит, кто не пьет, тот здоровеньким помрет», «курю, чтобы не быть полным» и т.д.).

Второй сферой, вовлеченной в процесс рабской зависимости от табака, является воля, которая снижается или утрачивается на столько, что большинство потребителей табака в пожизненной борьбе со своей «безобидной привычкой» оказываются бессильными. Наступают поведенческие девиации (в рамках табачной зависимости): курят при малолетних детях, курят с подростками, разбрасывают окурки, попрошайничают сигареты, курят, несмотря на протесты ближайшего окружения и семейные финансовые трудности и т.д.

В детско-подростковых группах курение выступает в ряду формирующихся особенностей личности и деструктивных, саморазрушительных форм поведения.

Курение табака (никотинизм) - вдыхание дыма тлеющего табака является самой распространенной формой токсикомании (в том числе у подростков). В состав табачного дыма входит более 4000 самых разных компонентов и их соединений. Наиболее токсичными соединениями табачного дыма являются: никотин, окись углерода (угарный газ), канцерогенные смолы, радиоактивные изотопы, соединения азота, металлы, особенно тяжелые (ртуть, кадмий, никель, кобальт и др.). Многие частицы табачного дыма, вступая в химические реакции друг с другом, усиливают свои токсические свойства. Смертельная доза никотина для человека составляет 1 мг на 1 кг массы тела, то есть для подростка - около 50 мг (одновременная доза выкуренной полпачки сигарет).

Никотин - сильный нейротропный яд. Он нарушает обмен веществ, в том числе в нервных клетках дыхательного и сосудодвигательного центров. Никотин в малых дозах вначале повышает возбудимость коры головного мозга, а затем угнетает ее. Быстрая абсорбция в кровеносное русло позволяет никотину достичь мозга в течение 8 секунд. По окончании курения его концентрация в мозге снижается за счет распределения по другим тканям в организме Вдыхание дыма сигарет приводит к попаданию никотина в легкие на смолистых включениях и отложению его в мелких воздушных путях и

альвеолах. Метаболизм никотина на 80-90% происходит в печени, легких и почках.

Систематическое воздействие никотина способствует развитию так называемой никотиновой гипертонии. Нарушается работа желез внутренней секреции, в частности увеличивается работа надпочечников, секретирующих адреналин, который суживает мелкие кровеносные сосуды, уменьшается приток крови, поступающей для питания сердечной мышцы; повышается кровяное давление, что может привести к стойкой гипертонии.

К многообразным последствиям курения относятся, прежде всего, болезни сердечнососудистой, пищеварительной и дыхательной систем. Установлена прямая связь между курением и возникновением рака легких. Выявлено, что смертность людей, начавших курить до 20 лет, значительно выше, чем среди тех, кто впервые закурил после 25 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно во всем мире от болезней, связанных с курением, умирает 2,5 млн человек.

Связывание никотина с рецепторами, расположенными в центральной нервной системе, мозговом веществе, объясняет возникновение пристрастия к нему. Трудности, связанные с прекращением курения, потребность в курении сигарет и непрерывное курение являются результатом нейроадаптации наиболее важных в функциональном отношении отделов мозга. На конкретные отделы нервной системы никотин действует сначала как стимулятор, а затем следует угнетение.

Основные проявления острого действия никотина.

На центральную нервную систему (поведенческие проявления):

-тошнота или рвота;
- повышенная возбудимость;
- расслабление в стрессовых ситуациях;
- улучшение кратковременной памяти;
- сокращение времени реакции;
- повышение концентрации внимания;
- усиление бессонницы;
- снижение чувства голода и массы тела;
- расслабление скелетной мускулатуры;
- дрожание рук.

На сердечнососудистую систему:

- временное повышение сердечного ритма, кровяного давления, ударного объема, сердечного выброса и коронарного кровотока;
- длительное снижение кровяного давления и коронарного кровотока;
- снижение температуры кожи;
- системноеспазмирование сосудов;

- увеличение притока крови к скелетным мышцам;
- повышение содержание в крови свободных жирных кислот, лактата и глицерола;
- активация тромбоцитов.

Сердечнососудистая система:

- поражение коронарных артерий, стенокардия, инфаркт миокарда;
- поражение периферических сосудов;
- аневризма аорты;
- остановка сердца;
- поражение сосудов головного мозга;
- спазм сосудов;
- повышение свертываемости крови.

Дыхательная система:

- хронический бронхит;
- патологическое расширение альвеол (эмфизема);
- пневмония.

Локализация неопластических (раковых) процессов:

- легкие;
- гортань и полость рта;
- пищевод;
- мочевой пузырь;
- шейка матки;
- поджелудочная железа;
- желудок.

Желудочно-кишечный тракт:

- острый гастрит;
- язвенная болезнь;
- повышение частоты рецидивов язвенной болезни.

На эндокринную систему:

- повышение в крови концентрации адреналина и норадреналина, адренокортикотропного гормона, гормона роста, пролактина, кортизола, вазопрессина;
- раннее развитие менопаузы;
- повышение риска развития хрупкости костей за счет снижения уровня кальция;
- снижение массы тела;
- повышение уровня основного обмена при физической активности и во время отдыха.

На систему дыхания:

- повышение продукции мокроты;

- кашель, затрудненное шумное дыхание.

Кроме того, курение сигарет является вредным основанием, воздействующим на артериальные сосуды, вызывающим склонность к тромбообразованию, приводящим к сердечнососудистым заболеваниям, и канцерогенным фактором, способствующим развитию онкологических процессов в организме. Раковые заболевания являются одной из наиболее серьезных причин заболеваемости и смертности.

Пассивное вдыхание дыма оказывает вредное воздействие на некурящих

Дым, исходящий с конца сигареты, которую курильщик закуривает, «основной» дым, отличается по химическому составу от «побочного» дыма, образующегося между затяжками. Побочный дым содержит больше токсических веществ (монооксида углерода, нитрозаминов, бензпирена), чем основной дым. Поэтому в компании с заядлыми курильщиками некурящий может пассивно вдыхать такое количество дыма, что это будет соответствовать трем активно выкуриваемым сигаретам в день.

Некурящие члены семей курильщиков имеют на 20% больший риск развития рака легких, который повышается до 70%, если супруг много курит. Кроме того, у пассивно курящих отмечается большой риск развития сердечнососудистых заболеваний. Дети в возрасте до 2-х лет, проживающие с курящими родителями, имеют повышенную предрасположенность к респираторным заболеваниям и нарушению функции легких, коррелирующую с интенсивностью курения сигарет родителями.

Никотиновая зависимость и зависимость от курения сигарет имеют три основные черты

Во-первых, прекращение потребления никотина инициирует развитие симптомов синдрома отмены, проявление которых достигает пика в пределах 24-28 часов после прекращения курения. К ним относятся: чувства тревоги, нарушение сна, раздражительность, нетерпимость, страстное желание покурить, а также неусидчивость, нарушение способности концентрировать внимание, сонливость, повышенный аппетит и головная боль.

Во-вторых, курение сигарет - привычка, которая часто возникает в ответ на стресс или от скуки. Привычка проявляется в том, чтобы подержать сигарету, поднести ее ко рту, вдыхать дым. Эти поведенческие реакции в дальнейшем закрепляются в результате активации никотином центральной нервной системы.

В-третьих, быстрое изменение содержания никотина в мозге после вдыхания дыма приводит к приятным ощущениям. Эти три аспекта затрудняют прекращение курения. Все это должно учитываться курильщиками, пытающимися бросить курить.

Вывод

Многие курящие описывают сильный отрицательный эффект первой выкуренной сигареты. С каждой последующей выкуренной сигаретой толерантность к табаку возрастает, а в промежутках между курением появляются симптомы синдрома отмены.**Систематическое вредное воздействие никотина на организм курильщика в дальнейшем приводит к развитию различных серьезных заболеваний. Страдает не только сам курящий, но и его некурящее окружение. Понимание вреда табакокурениядля здоровья и механизма возникновения зависимости поможет избавиться от этой пагубной привычки.**

ЖЕНСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ

(для педагогов, родителей, психологов)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1.Особенности женского алкоголизма.
2.Актуальность.
3. Особенности женского алкоголизма в сравнении с мужским.
4. Полярные взгляды на женский алкоголизм.
5. Социально-психологические факторы развития женского алкоголизма.
6. Проявление зависимости от алкоголя у женщин.
7.Стадии алкогольной зависимости.
8. Закономерности клинических проявлений.
9. Вывод.

Задача: Разъяснить последствия женского алкоголизма.

Цель: Обозначить сложности выявления и лечении алкоголизма у женщин.

Показатель распространенности зависимости от алкоголя среди женского населения существенно ниже, чем средимужского (в России в 5-7 раз), его начало приходится на более поздний возраст, чем у мужчин (на 5-10

лет позже). С 80 - 90-х годов наблюдается тенденция к сглаживанию этих различий. Среди специалистов распространено мнение, что женский алкоголизм значительно труднее поддаётся лечению, чем мужской.

Главной особенностью патогенетических и клинических проявлений является эмоциональность, т. к. женщины от природы более эмоциональны. Традиционно говорят об актуальности темы. В последние годы - рост женщин, больных алкоголизмом, на 1-го мужчину приходится 5-6 женщин. Есть регионы, где цифра выравнивается 1:1.

Много противоречивых, совершенно полярных взглядов на эту тему. В последнее время - резкое омоложение алкоголизма у женщин. У женщин, по некоторым выборкам - в 90% наследственная отягощённость. Всё больше говорится о менструальной природе (ПМС). В. Б. Альтшуллер: удельный вес жидкости у женщин на 10% больше, чем у мужчин - концентрация алкоголя бывает выше.

Особенности характера у женщин-алкоголиков

Социально-психологические факторы - фактор дисгармоничности семей. Часто - пьющие структурно могут быть полными, а функционально - нет (60-70 %). У 2/3 сложные межличностные взаимоотношения в семье, 1/3 - воспитывались либо одним родителем, либо без родителей ("патологическая эстафета" - передают бабушкам). Социально-психологические факторы заостряют черты характера.

Более 30% среди женщин с алкогольной зависимостью - гипертимы (акцентуанты)(Т.Е. энергичны но не определенны либо напротив на чем-то излишне сконыцентрированны), клиника у них отличается, основана на аффективной сфере (гипоманиакальный аффект). Затем идёт истероидная акцентуация, эмоционально-лабильные - часто с примитивизмом. Сензитивы (лица с астеническими и психастеническими чертами) - неуверенная, робкая личность. Алкоголь смягчает все эти проявления. Неустойчивые - ранние формы алкоголизма, причём он асоциален. Женщины-алкоголики в 50-70% - безработные. На первом месте - служба быта, общепит, или равноценные в наше время. Среди медперсонала - от 4 до 10%. Очень нередко такие лица выходят замуж за мужчин потенциально пьющих, что потом называется семейным алкоголизмом. Трудные жизненные обстоятельства - И. Н. Пятницкая против того, что это ведущий фактор.

. Психогении коррелируют с особенностями характера. Для гипертимов характерна смерть мужа, уход сына. Для истероидных - своеобразные переплетения сексуально-эротического характера. Роль аффективных обстоятельств и расстройств, в частности. Психогенно обусловленные депрессивные обстоятельства - ныне большая группа, часто клинически не обозначены - или это проявления алкоголизма, или наоборот. У женщин всё более размыто, нежели, чем у мужчин.

Проявления зависимости от алкоголя у женщин

Для женщин характерны довольно длительные скрытые периоды формирования клиники. То ли женщины биологически сильнее, то ли защищены социально, дольше скрывают пьянство.

Первая стадия диагностируется очень редко. "Телескопичность" первых

клинических проявлений (ничего не видно - затем планета). В этом беда прогностических проявлений. Часто отдельные симптомы и синдромы не столь гармоничны. Изменённое опьянение может быть у женщин и на первой стадии. Запои могут быть также моносимптомом.

Влечение первичное - длительное время психическая зависимость протекает латентно, навязчиво (И. В. Стрельчук). А затем резко переходит в компульсивное. В структуре - аффективный компонент. У гипертимов - гипоманиакальный, а затем через 1-2 года - субдепрессивный, который выглядит сначала как анестетический, затем переходит в более сложные формы. У истероидных - сначала ироническая депрессия, затем выступает апатический радикал, который вводит в заблуждение, а потом - суициды (около 20%). У женщин они бывают законченными:

- вторичное влечение - дольше сохраняется контроль ситуационного поведения, что также вводит в заблуждение;
- формы употребления (По В.Б. Альтшуллеру): чёткая периодичность, светлые промежутки становятся всё меньше, часто истинные запои. Нередко перемежающееся пьянство;
- формы опьянения. Быстрее пропадает эйфоризирующий эффект, а затем алкоголь оказывает стимулирующий характер. Зависит от акцентуации характера - истерические, аффективные расстройства, гиперсомнические;
- толерантность. Быстрее исчезают различные защитные формы, а плато более укорочено. Резко 2-я стадия переходит в 3-ю;
- ААС - обращает на себя внимание депрессии, больший аффект тоски, нередко астенические расстройства. Характерен больший удельный вес соматического компонента: букет заболеваний в одно и тоже время;
- изменения личности. Заостряются черты характера и в отличие от мужчин не всегда в плане ведущего вектора. Гипертимы - депрессивное развитие личности. В литературе женщины особо лживы, бравурны. У них больше эмоционального фона - психологическая защита (депрессия). Легко спровоцировать на депрессию. Важна роль подхода;
- общие клинические закономерности. Толерантность ими не осознаётся, для женщин более характерно бравирование выносливостью. Постоянно нужно помнить о суицидальной готовности. Часто суицид осуществляется в опьянении, но не всегда. Резко изменяется поведение женщин, поведенческая парадигма, сопровождающая пьянство (больше аморального поведения, неразборчивость в половых контактах, промискуитет). В других случаях - фригидность, незрелость.

Соматические отклонения:

1) Патология печени, часто на субклиническом уровне. Сосудистые кровоподтёки. Нужно с первых слов беседы печёночную установку направить в русло психологической;
2) Нередко легочная патология, т. к. часто алкоголизм идёт вместе с никотинизмом;
3) Сосудистые расстройства, колебания АД с головными болями;
4) Патология репродуктивных органов;
5) Одряхление быстрее, особый цвет кожи, бледность;

Типология личности женщин с зависимостью от алкоголя.

Лица незрелые, несамостоятельные, которые могут выполнить роль жены или матери, если есть на кого положиться.

Одиночество: довольно сильные женщины, но неудачницы, как правило живущие в чужих семьях. Скрытый алкоголизм ("за кружевными занавесками"). Часто алкоголизм обнаруживается после смерти.

Таким образом, женский алкоголизм в основных своих проявлениях имеет те же закономерности, что и у мужчин, но имеет некоторые клинические особенности:

1) высок процент периодических форм злоупотребления алкоголем (запои, псевдозапои) - уже на ранних этапах заболевания;

2) симптомам алкоголизма обычно сопутствуют эмоциональные расстройства, а именно: при небольшой давности алкоголизма преобладают дистимические нарушения (кратковременные расстройства настроения), при большой - стёртые депрессии;

3) психические изменения, как правило, выражаются в проявлении истерических черт и психопатоподобных изменений и в заострении преморбидных (доболезненных) характерологических особенностей;

4) более быстро наступают изменения личности, отчётливо проявляется раннее снижение морально-этического уровня, нередко расцениваемое как алкогольная деградация;

5) соматические осложнения встречаются чаще, чем у мужчин, и протекают тяжелее. Отмечается снижение детородной функции, высокий процент аномалий беременности, бесплодие, ранний климакс и преждевременное старение. При алкоголизме у женщин укорачивается время перехода от одной стадии к другой, больные уклоняются от госпитализации. Меняется поведение, которое становится похожим на поведение пьяных мужчин, У женщин, больных алкоголизмом, в 2 раза чаще возникает патология беременности и родов, У 7 % новорожденных отмечаются пороки развития. У детей, родившихся здоровыми, диагностируются задержки психического развития из-за хронической невротизации, отсутствия внимания и ухода.

Вывод

Таким образом, женский алкоголизм наиболее труден в выявлении, поздно диагностируется, сложно поддается лечению, социально опасен, часто суицидален.

ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЛКОГОЛЯ У ПОДРОСТКОВ. ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ.

(для педагогов, психологов, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1. Условия, способствующие возникновению алкогольной зависимости у подростков.
2. Особенности течения алкоголизма у подростков.
3. Пиво и его состав.
4. Клинические проявления у подростков, регулярно употребляющих пиво.
5. Выводы.

Цель: Информировать об опасностиупотребления «легкого» алкоголя подростками, в том числе пива.

Задача: Указать на стремительное возникновение алкогольной зависимости при употреблении пива подростками.

По причине легкой доступности большинство подростков знакомы с алкоголем. Среди подростков - 10-12 % имеют зависимость от него.

Определённые предрасполагающие условия:

- экзогенные вредности - черепно-мозговые травмы, задержки психического развития, резидуально-органическое поражение ЦНС;
- наследственная отягощённость, если больны родители, то вероятность развития заболевания выше в 4-5 раз;
- неблагоприятные микросоциальные условия - алкогольное окружение, неполные семьи, пьянство кого-то из родителей, традиции - всё принимается подростком как модель поведения;
- склонность подростков к группированию.

Особенности подросткового возраста:

-отмечается преобладание трофотрофной (парасимпатической) нервной системы;
-в подростковом возрасте продолжается процесс развитие эмоциональной сферы, особенно чувственных компонентов;
- продолжается процесс развитие эндокринной системы;
-отмечается повышенная гидрофильность организма: при наличии в организме подростка концентрации алкоголя в количестве 0,6 мг % отмечается феномен смазанной речи; при концентрации 0,9 мг % - снижается самоконтроль, затруднён процесс суждений.

-наблюдаются атипичные формы опьянения: лабильность, дисфории, демонстрации, с элементами оглушения, гебефреноподобное опьянение.

Заболевание развивается очень быстро, высокопрогредиентно, отсутствует этап бытового пьянства. Нет системы употребления алкоголя, алкоголизация носит хаотический характер. Влечение к алкоголю формируется быстро, нет идеаторного компонента. Изначально утрачены формы контроля (ситуационный, количественный). Нередко влечение к алкоголю носит компульсивный характер.

Синдром отмены алкоголя формируется быстрее в 2,5 раза, чем у взрослых, но он рудиментарен и незавершён. Отсутствует тремор конечностей, присутствуют вегетативные расстройства (слабость, чувство дискомфорта, недомогание, сердцебиение), тревога и напряжённость.

Очень рано появляются картины изменённых форм опьянения: злобность, конфликтность, агрессивность. Быстро нарастают изменения личности: опустошённость, эмоциональная холодность, отсутствие синтонности, пропадают побуждения к тому или иному роду деятельности. Очень высок риск суицидов.

Особенности течения алкоголизма у подростков:

- ускоренное развитие болезни;
- незавершённость, недостаточная выраженность симптоматики;
- трудность разграничения стадий и нечёткость стереотипа их развития.

Подростковый пивной алкоголизм

Одним из значимых показателей психического здоровья нации является алкоголизация подрастающего поколения. Опрос несовершеннолетних г. Красноярска позволил выяснить, что среди потребляемых с целью алкоголизации напитков наиболее популярным является пиво, содержащее в себе малый процент алкоголя. Но что же скрывается за этим легким и доступным для широкой массы потребителей напитком?

Пиво представляет собой натуральный алкогольный напиток. Основными его компонентами являются вода (91 – 93 %), углеводы (1,5 – 4,5 %), этиловый спирт (3,5 – 4,5 %) и азотсодержащие вещества (0,2- 0,65 %). Остальные компоненты пива присутствуют в нем в незначительных количествах. Это минеральные вещества, органические кислоты, фенольные соединения, горькие вещества, ароматические соединения, биогенные амины и эстрогены.

В состав пива входят вредные вещества. Это, прежде всего моноамины – продукты распада хмеля, которые и дают основной элемент пивного опьянения – состояние заторможенности, тупости. Кстати, среди моноаминов есть кадаверин – трупный яд. Пивная алкоголизация создает ложное впечатление благополучия. Пиво в общественном мнении – почти не алкоголь, так как пивной алкоголизации долгое время не характерны алкогольные эксцессы с драками и вытрезвителем. Потребность выпить пиво долго не вызывает такую тревогу у человека, как потребность в водке. Пивной алкоголизм развивается более вкрадчиво и коварно, чем водочный. Пиво быстро всасывается в организм, переполняя кровеносное русло, при большом количестве выпитого возникает варикозное расширение вен и

расширение границ сердца. Рентгенологи называют это явление синдромом «пивного сердца». В некоторые сорта пива, для повышения пенообразования добавляют соединения кобальта, который, являясь химическим аналогом кальция, занимает его место в сердечной мышце. Но функции кальция при возбуждении и сокращении миокарда кобальт выполнить не может, что способствует снижению сократительной способности сердечной мышцы, увеличению объемов сердца, то есть приводит к сердечной недостаточности.

Регулярное употребление пива повышает риск развития злокачественных образований. В ответ на прием пива в мужском организме начинает выделяться – в частности, в печени – патологическое вещество, которое подавляет выработку основного мужского полового гормона метилтестостерона. В результате, начинают продуцироваться женские половые гормоны эстрогены, при этом становится шире таз, увеличиваются грудные железы. В больших количествах пиво оказывается клеточным ядом, поэтому при злоупотреблении им тяжело выражены соматические последствия: миокардиодистрофия, цирроз печени, гепатит. При пивной алкоголизации тяжелее, чем при водочной, поражаются клетки головного мозга, поэтому быстрее нарушается интеллект, обнаруживаются психопатоподобные изменения. Самый большой рост распространенности зависимости от пагубной привычки наблюдается сейчас среди подростков. Показатель «пагубного употребления алкоголя» здесь в три раза выше общего уровня. На конец 2008г. в наркологических учреждениях края состояло на диспансерном учете 3686 несовершеннолетних, из них 2975 подростков и 711 детей до 14 лет.

Выводы

Алкоголизм у подростка имеет ряд существенных особенностей, и поэтому, в отличие от взрослого «хронического», называется «ранним». Отмечается злокачественность его течения, у подростков отсутствует стадия бытового пьянства или психической зависимости, которая у взрослых может растягиваться на долгие годы. Как только они начинают регулярно употреблять спиртные напитки, в том числе пиво, у них сразу формируется стадия физической зависимости от алкоголя. Регулярное употребление спиртных напитков в течение года формирует у подростка и психическую, и физическую зависимость одновременно.

Многие из современных 16-17 летних подростков выпивают более трех литров пива в день. Если пол-литровая бутылка пива равноценна 60 граммам водки, то получается, что такой подросток употребляет около 400 граммов водки ежедневно. Стоит задуматься и лучше вовремя предупредить, чем лечить.

О ВРЕДЕ И ОПАСНОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ И «ПАРЕНИЯ»,КАК АЛЬТЕРНАТИВЫ КУРЕНИЮ

(педагогов, родителей, учащихся)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1.Электронные сигареты - викарноетабакокурение.
2.Электронные сигареты и обычное курение, есть ли отличия.
3.Вейпинг как разновидность электронных сигарет.
4.Заблуждение о безопасности употребления электронных сигарет, камуфлированное запахом и вкусом.
5.Последствия негативного влияния на организм подросткаэлектронных сигарет.
6.Вывод.

Цель: Мотивирование к отказу от парения.

Задача: Пояснить, что парение аналогично курению и имеет те же негативные последствия.

Электронные сигареты выглядят очень современно, поэтому так легко поверить активной пропаганде того, что они являются безопасной альтернативой курению. Но это не так: электронные сигареты — это просто еще один способ впустить никотин — наркотик, вызывающий сильную зависимость — в свой организм.

У подростков складывается мнение, что электронные сигареты не приносят особого вреда, считая их всего лишь эдаким электронным баловством с различными вкусовыми ароматизаторами.

Молодые люди в подростковом возрасте очень быстро хотят стать взрослыми, поэтому очень часто поддаются окружающему влиянию. Как итог начинают рано курить, дабы доказать окружающим, что они взрослые. Зачастую, они приобретают статус активного курильщика именно с электронных сигарет, думая, что такой подвид сигарет абсолютно безопасен и безвреден.

В большинстве случаев доказано, что попробовав однажды электронную сигарету, подросток «приобретает» никотиновую зависимость, постепенно переходя с электронных сигарет на обычные. Кроме того, юные курильщики в защиту электронных сигарет акцентируют внимание на том, что в них нет пепла и неприятного запаха, вредных смол, а, значит, они абсолютно безопасны. На деле это совсем не так.

Влияние электронных сигарет на организм парильщика

В состав электронной сигареты входят: картридж с никотином или с его заменителем, ультразвуковой распылитель, который создаёт пары, датчик воздушного потока, электронный чип, литиевый аккумулятор, заменяющий усилия лёгких и светодиод, создающий иллюзию тления. Никотиновая жидкость или жижа включают в себя: медицинский никотин, глицерин и пропиленгликоль.

Никотин – фактически самое вредное вещество в составе жидкости для электронной сигареты, это наркотическое вещество сильного психотропного действия. При курении электронных сигарет никотин попадает в легкие и там быстро всасывается в кровь. Уже через 8 секунд после затяжки электронной сигареты он попадает в мозг. И только через 30 минут после прекращения курения электронной сигареты концентрация никотина в головном мозге начинает снижаться, т.к. он начинает распределяться по всем тканям и органам в организме. Способность никотина связываться с холинергическими и никотиновыми рецепторами центральной нервной системы и другими структурами, обуславливает возникновение пристрастия к никотину.

Кроме того никотин способствует сужению кровеносных сосудов, из-за этого начинается кислородное голодание головного мозга и других органов.

Производители электронных сигарет забывают упомянуть и о том, что никотин вызывает мутации клеток, и в следующих поколениях эти мутации только возрастают. Никотин в электронных сигаретах опасен и ничем не отличается от обычного в табаке.

Пропиленгликоль и глицерин являются связующими веществами, представленных в виде спиртовых добавок. Пропиленгликоль является связующим звеном, стимулирует поступление пара в дыхательные пути.

Глицерин - прозрачное вещество маслянистой консистенции активно используется при производстве косметики, в медицине, пищевой и химической промышленности. Глицерин является компонентом различных продуктов в качестве загустителя, применяется при производстве чая, кофе, выпечки. Вещество способно оказывать вред организму в больших дозах, он оказывает влияние на густоту и насыщенность пара.

Vape в переводе с английского означает пар. В современной тавтологии курение электронных сигарет называется парением или вейпинг. По мнению медиков и учёных при парении зачастую курильщику не хватает привычного табачного дыма, и он тем самым увеличивает дозировку «жижи» или производит «самозамес», т.е. самостоятельно приготавливает жижу из покупных ингредиентов.

Парение может вызвать ухудшение самочувствия, нарушает функцию системы кровообращения подростка, ослабляет иммунитет, ухудшает репродуктивную функцию, может возникнуть мышечная слабость, близорукость и т.д. Чтобы сэкономить и получить больше прибыли нерадивые производители никотиновых жидкостей и картриджей экономят на качестве выпускаемой продукции и добавляют компоненты низкого качества.

Поэтому пар опасен тем, что он не выдаёт резких запахов, тем самым вводит в заблуждение курильщика о качестве составляющих компонентов электронной сигареты. Некачественные компоненты могут содержать ядовитые вещества. Кроме того, при парении особо опасным для пассивного курильщика, находящегося рядом являются никотиновые ингаляции, которые способствуют зависимости от них, а вдыхаемые ими "никотиновые пары попадают в кровь и оседают на стенках сосудов.

Физические последствия парения электронных сигарет

Курение электронных сигарет — самое обычное проявление никотиновой зависимости, только с немного не привычной формой доставки никотина. Поэтому раннее употребление электронных сигарет, прежде всего, негативно сказываются на лёгких, печени, сердечнососудистой и нервной системе.

У подростка возникают первые признаки одышки, мучает кашель, повышается или понижается давление, происходит спазм сосудов.

Никотиновые жидкости негативно сказываются на слизистой оболочке бронхов и трахеи. Вслед за этим появляется удушливый кашель, а также может появиться астма, пневмония и проблемы с желудочно-кишечным трактом.

При длительном курении у курильщика сильно страдает печень, т.к. никотин наносит большой урон печени и печеночным сосудам. Вследствие чего может развиться холецистит, цирроз, камни в желчном пузыре и другие побочные болезни.

Сердце начинает работать более учащённо, что приводит к его раннему изнашиванию. Впоследствии такое состояние приводит к сердечнососудистым проблемам, атеросклерозу, ишемии. Парение никотинсодержащих смесей – это употребление настоящего яда для сердца и сосудов, который разрушает их. Кислород к тканям и сосудам поступает в замедленном темпе, что приводит к быстрому истощению организму, постоянной слабости. Со стороны центрально-нервной системы ухудшается память, внимание, появляется рассеянность, частые головные боли, раздражительность, равнодушие ко всему происходящему.

Кроме того страдают и другие органы курящего подростка. Это: ухудшение зрения, обоняния, слуха, вкусовых рецепторов, портятся зубы и приобретают характерный для курящих подростков желтоватый цвет.

Психические последствия зависимого поведения

Зависимость от электронных сигарет негативно сказывается и на психическом состоянии курящего подростка. Так он становится более раздражённым, нарушается нормальный режим отдыха и учёбы, т.к. подросток постоянно задумывается, где ему в свободное время найти укромное место для курения от назойливых глаз ровесников и родителей. От этого снижается его стрессоустойчивость, он становится более скрытым,

нервозным.

В школе такие дети менее внимательны, от этого снижается их успеваемость. Зачастую, когда подросток начинает курить, психологи ищут причины во взаимоотношениях в семье, с ровесниками, в школе.

При длительном курении интеллектуальное развитие, а также память подростков сильно страдает, т.к. прилив крови с вредными веществами негативно воздействуют на мозговую активность. Из-за частых перепадов настроения у подростков снижается активность, они с меньшим интересом вовлекаются в учебный процесс, от этого они теряют способность к анализу, синтезу.

У курильщика формируется еще и физическая зависимость от никотина. Физическая зависимость – это физиологическая потребность организма в очередной дозе никотина, ведь электронная сигарета содержит никотин. Именно из-за никотина человеку так трудно бросить курить. Именно никотин вызывает зависимость. А это выгодно только производителям электронных сигарет. Электронные сигареты опасны тем, что содержат никотин, который убивает людей.

По данным экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) отмечается увеличение количества случаев отравления никотином при использовании испарителей, при оценке химических компонентов указывается на:

- потенциальную цитотоксичность некоторых жидкостей для парения. Особенное воздействие было замечено на беременных женщин.

- в большинстве случаев содержание канцерогенов и других токсичных веществ, сравнимо с их количеством в табачных изделиях.

- некоторые жидкости способны производить формальдегид (очень вредный токсикант)

Вывод.

Таким образом, вред для организма от употребления электронных сигарет очевиден. Электронные испарители несут серьезную угрозу для плода, детей и подростков.

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

(для педагогов, психологов, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1. Введение.

2.Проблемы отсутствия ответственности за свои поступки и жизнь.
3.Отличая проявлений синдромологии наркологических заболеваний у несовершеннолетних от взрослых.
4.Предрасполагающие факторы употребления наркотиков.
5.Преморбидные особенности личности.
6.Причины формирования наркозависимости:
а) социальные.
б) экономические.
в) средовые.
г) психологические.
7.Вывод.

Задача: Сориентировать на формирование самоответственности у подростков родителей и педагогов.

Цепь: Указать на значимость снижения располагающих факторов употребления наркотических средств подростками.

Несовершеннолетние, среди которых развитие болезненного пристрастия к употреблению наркотических средств и психотропных веществ имеет свои отличительные особенности в силу неразвитости определѐнных личностных качеств, не до конца сформировавшегося мировоззрения и жизненной позиции составляют группу повышенного риска в плане формирования аддитивного поведения.

Одна из первостепенных проблем, от понимания которой зависит, будет ли найден ответ на вопрос о том, что делать, чтобы предупредить рост детской и подростковой наркомании, токсикомании и алкоголизма, - это выяснение того, почему несовершеннолетние начинают экспериментировать с психоактивными веществами, и каковы факторы риска. Анализируя сегодняшнюю наркологическую ситуацию в детско-подростковой среде, можно утверждать, что в обществе, где имеются экономические, политические, социальные, педагогические, медицинские и другие проблемы, встреча несовершеннолетнего с психоактивными веществами –

реальность. Единственным выходом для него может стать обучение социально-психологическим навыкам: ответственности за свое поведение, постановки целей, критическому мышлению и самоанализу, поведению в стрессовых ситуациях, развитию положительной «Я-концепции» и тому подобное.

Общими отличиями синдромологии наркологических заболеваний у несовершеннолетних от взрослых являются: нечеткость основных проявлений состояния химической зависимости, более высокий удельный вес, так называемых непсихотических нарушений поведения, часто выступающих в качестве эквивалента того или иного наркологического синдрома, наличие специфических возрастных синдромов, быстрые темпы десоциализации, своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации.

Значительный удельный вес таких преморбидных особенностей личности как психический инфантилизм, неустойчивые, астено-невротические, демонстративные черты характера являются важным предрасполагающим фактором развития наркомании в подростковом возрасте.

Этап донозологического потребления психоактивных веществ у подростков, по сравнению со взрослыми, имеет значительно более раннее начало. Для него характерен стереотипный перечень одурманивающих веществ с быстрой их сменой, с размытыми границами традиционного (алкоголь, табак) и наркоманического потребления.

Синдром патологического влечения к наркотику у несовершеннолетних отличается феноменологической незавершенностью. Для них характерна недифференцированность и меньшая осознаваемость патологического влечения к наркотику, особенно у лиц, злоупотреблявших несколькими психоактивными веществами на донозологическом этапе, отражением которого является высокая частота викарного потребления различных веществ с целью одурманивания, наблюдаемая у наркоманов подросткового возраста. В структуре патологического влечения к наркотику у несовершеннолетних преобладают поведенческий и аффективный компоненты, коррелирующие с преморбидными особенностями личности. Аффективная составляющая включала в себя расстройства гипотимического полюса без витализации аффекта и более узкий, в отличие от взрослых, диапазон дисфорических проявлений. Поведенческие расстройства независимо от аффективного статуса и характерологических особенностей больного, зачастую сохраняли элементы "детскости"

Течение наркоманий у несовершеннолетних во многом определяется «временным фактором», преморбидными особенностями и влиянием социально-психологических факторов. Ранний возраст начала наркомании, разнообразный арсенал одурманивающих веществ на начальном этапе несистематизированного приема, наличие органически неполноценной "почвы" и признаков инфантилизма, отрицательные социально-психологические факторы в совокупности определяют высокий темп прогредиентности течения наркоманий.

Возрастные особенности последствий хронической интоксикации у несовершеннолетних выражаются в задержке психофизического развития, в раннем появлении признаков психоорганического синдрома, соответствующих уровню нервно-психического реагирования, (чаще наблюдается психопатоподобный вариант психоорганического синдрома). У подростков наблюдается более глубокая, по сравнению с взрослыми больными, социальная дезадаптация.

Причины, приводящие к возникновению социально обусловленных заболеваний, могут носить характер от генетических до социальных.

Социальные причины:

1. Семейно-бытовые (недостатки воспитания ребенка в семье):

- низкий педагогический и культурный уровень родителей;
- неполноценность структуры семьи;
- деформированные межличностные отношения членов семьи, отрицательный психологический микроклимат семьи, пагубные привычки, порочные склонности родителей или других членов семьи;
- неправильное отношение родителей к ребенку (подавление личности, угрозы, физические наказания или чрезмерная опека, заласкивание и пр.);
- отсутствие четкой организации жизни и деятельности ребенка в семье, безнадзорность ребенка в быту;
- нарушение единства требований к ребенку, их последовательности; ориентация родителей лишь на материальное обеспечение ребенка).

2. Социально-педагогические (недостатки обучения и воспитания несовершеннолетних в образовательных учреждениях):

- слабое знание педагогом ребенка, условий его воспитания в семье;
- отсутствие учета индивидуальных особенностей, эмоционального состояния ребенка при организации воспитательно-образовательной работы с ним;
- недостаточное руководство формированием межличностных отношений в группе (классе);
- незнание основных возрастных закономерностей развития ребенка;
- слабая теоретическая подготовка педагога;
- преобладание методики негативного стимулирования деятельности и поведения ребенка;
- общие недостатки воспитательно-образовательной работы в группе (классе);
- ошибки в педагогической технологии: назидательство, формализм в работе педагога, отсутствие контакта педагога с другими педагогическими кадрами, родителями, внешкольными учреждениями;
- авторитарность педагога, равнодушие к детям, неумение психологически воспринимать и понимать воспитанников и т.д. Педагогические просчеты в воспитании человека определяют вероятность его становления на путь наркотизма не меньше, чем неблагополучная семейная обстановка. Проблемная ситуация в школе, в учебе, конфликты с учителями, страх перед школой и негативные ожидания со стороны школьного коллектива часто являются толчком к экспериментам с наркотиками.

3. Социально-экономические:
- экономический кризис страны, безработица;
- изменение ценностных ориентаций;
- нестабильность правовых и моральных критериев;
- межэтнические конфликты, миграция беженцев;
- низкая материальная обеспеченность семей;
- низкий культурный уровень населения;
- криминализация общества;
- негативное влияние средств массовой информации и пр.

4. Социально-средовые:
- недостаточно организованная среда без установленных правил, четкой дисциплины;
- аномия (дезорганизация) общества, слабые социальные связи;
- недостаточная связь с институтами социализации (религиозными организациями, культурными и образовательными учреждениями), просчеты в осуществлении молодежной политики, выражающиеся в отсутствии эффективных форм социальной поддержки молодежи, обеспечения для них жизненных перспектив в отношении получения образования, трудоустройства, организованного досуга несовершеннолетних и т.д.

Психологические причины (личностные недостатки развития ребенка):
- психологическая незрелость ребенка, отставание в общем развитии, общая неразвитость, слабость представлений об окружающем мире, недостаточное физическое развитие, влияющее на работоспособность, утомляемость ребенка;
- несформированность навыков общения со сверстниками и взрослыми;
- неподготовленность, отсутствие интереса в ведущем виде деятельности;
- неумение преодолевать трудности. Анализируя особенности восприятияи поведения подростков в стрессовых ситуациях, можно указать несколько основных психологических причин, способствующих употреблению наркотических веществ:
- низкая самооценка;
- фокусировка на внешнее окружение: оценка своего настроения на основании настроения других людей;
- неспособность идентифицировать или выразить свои чувства;
- неспособность просить о помощи;
- экстремальное мышление.
- нравственная невоспитанность;
- ощущение собственной незначимости и ненужности, недостаточный самоконтроль;
- неумение предвидеть последствия своих поступков и т.п.

Реакция группирования со сверстниками рассматривается как один из ведущих социопсихологических факторов в формировании аддиктивного поведения несовершеннолетних. Поводом для того, что несовершеннолетние собираются в группы, является стремление к обретению чувства собственной силы, сочетание факторов инстинкта и морали, так как коллектив освобождает личность от страха и чувства вины.

Ориентация на общение со сверстниками несет в себе доступную несовершеннолетнему форму социализации, самоутверждения (занятия статусной позиции), эмоциональной удовлетворенности, физической и психологической защищенности. Боязнь быть отвергнутым сверстниками заставляет несовершеннолетнего корректировать систему своих ценностей, пересматривать взгляды, порождает различные формы конформизма, часто формирует готовность безоговорочно следовать за лидером даже на преступление. Если отдельная личность не уверена в правильности своих поступков, будучи принятой группой, ее поведение воспринимается как норма, не подвергающаяся сомнению. При этом подросток психологически зависит и подражает группе, стремится показать себя сторонником общих наркотических норм, оправдывает свое отклоняющееся поведение. Ради того, чтобы быть принятым в группу, подросток готов пожертвовать многим – своими интересами, ценностями, здоровьем, своей личной идентичностью.

Так или иначе, жертвами психологической зависимости от употребления наркотиков становятся представители всех классов и групп. Дети из неблагополучных семей, из бедных слоев населения, ставшие беспризорниками при живых родителях, например, могут заниматься токсикоманией, а наркоманы из обеспеченных семей употребляют элитные дорогостоящие наркотики. Но для психики и телесного здоровья это уже не принципиально. Стало быть, для нормального развития личности необходимо умело дозировать и комфорт, и дискомфорт.

Биологические (врожденные) причины:

- генетическая предрасположенность к заболеваниям «группы риска»;
- физическая неполноценность;
- поведенческие возрастные кризисы, неблагоприятная экологическая обстановка и пр.

Таким образом, любое нарушение в развитии и поведении ребенка обуславливается, как правило, совокупностью обстоятельств, взаимодействием биологических, психофизиологических, социально-психологических и педагогических факторов, каждый из которых в отдельных, конкретных случаях может носить относительно самостоятельное значение. У большинства подростков, уже злоупотребляющих алкоголем, наркотическими, психостимулирующими или токсическими веществами, выявляются, как правило, различные сочетания неблагоприятных биологических, индивидуально-психологических, семейных и поведенческих факторов. Иначе говоря, злоупотребление наркотическими средствами и психотропными веществами выступает не только одним из следствий отклоняющегося поведения, но может служить, в известном смысле, признаком, «маркером» сравнительно низкого порога психосоциальной адаптации несовершеннолетнего и неблагополучия окружающей его среды.

Наиболее часто встречаемая классификация подростковых групп включает в себя:

- «просоциальные» группы, ориентированные на путь, на который их наставляет общество;
- «асоциальные», пренебрегающие господствующими нормами поведения и

образом жизни;
- «антисоциальные» -активно выступающие против правил и законов общественной жизни.

Злоупотребление наркотиками связано с серьезным социально-психологическим неблагополучием, поэтому проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними признается одной из наиболее важных по своим социальным, психологическим и медицинским последствиям. И хотя большая часть подросткового опыта употребления психоактивных веществ не приводит к их регулярному употреблению и ограничивается периодом отрочества, часть молодых людей испытывает негативные последствия употребления на протяжении всей жизни.

Специалисты выделяют три стадии приобщения к наркотикам:
- случайное («экспериментальное», «эпизодическое») употребление наркотических средств, зачастую заканчивающееся после одного или нескольких приемов и вызываемое любопытством, подражанием, модой и другими факторами;
- более устойчивое аддиктивное поведение, под которым понимают злоупотребление различными веществами, изменяющими психическое состояние, включая наркотики, алкоголь и табак, до того, как сформировалась физическая зависимость;
- наркоманическую стадию – наркоманию как болезнь, с явлениями сформировавшейся психофизической зависимости от употребления психоактивных средств («пристрастие»), развитием толерантности, характерной деградацией личности.

По мнению специалистов, наркомания, как правило, сочетается с алкоголизмом. Отсутствие наркотиков многие наркоманы стремятся компенсировать алкоголем. Сочетание алкоголя и наркотических средств ускоряет деградацию личности ребенка, предопределяет наступление психозов и затрудняет медицинское лечение.

Результаты специальных исследований показывают, что один злоупотребляющий алкоголем или наркотическими средствами провоцирует 10-15 человек, т.е. «социальная заразность» имеет характер геометрической прогрессии. На одного учтенного алкоголика или наркомана приходится в среднем около десяти неучтенных, не говоря уже о тех, у кого употребление наркотических или психоактивных средств пока еще не достигло степени сформировавшейся зависимости.

Исследования последних лет в сфере изучения причин употребления психоактивных веществ и факторов риска, выделяют также так называемые «защитные» факторы, которые связаны с пониженной склонностью к аддиктивному поведению.

К ним относятся, например, многие показатели семейного и социального благополучия подрастающего поколения (наличие крепких семейных связей, благополучный психологический и моральный климат в микросреде, успешность реализации собственной социальной позиции и т.д.).

Выводы

Употребление наркотиков подростками происходит тайно и осознанно. Поэтому родители на первых этапах употребления подростком психоактивных веществ, как правило, ничего не знают и не замечают. А у несовершеннолетних неизбежно формируется положительное отношение к наркотику, и вырабатываются поведенческие стереотипы наркомана, происходит интеграция в наркосреду. Заводятся контакты с наркоманами и распространителями наркотиков, идет обучение приготовления наркотиков, технике введения их в разные вены, так чтобы не было видно мест инъекций, приобретаются навыки конспирации и правдоподобной лжи. Идет обучение и воспитание привычек и «норм» поведения наркомана. Нарастает дистанция в отношениях с родителями и другими людьми, противниками наркомании. Здоровая, нормативная часть личности разрушается, а наркоманская субличность «поднимает голову», развивается.

Уважаемые взрослые! Будьте внимательны к детям, общайтесь с ними, интересуйтесь их делами. Будьте рядом с ребенком в любой ситуации, ведь заболевание легче предупредить, чем его лечить!

ВСЕ О СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКАХ

(для педагогов, психологов, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1) Синтетические наркотики – «изобретение века».
2) Отличия синтетических наркотиков от других ПАВ.
3) Последствия приема «синтетиков».
4) Причины употребления синтетических наркотиков.
5) Повышенная опасностьупотребления синтетических наркотиков.
6) Вывод.

Цель: Оградить подростка от приема «новомодного» синтетического наркотика.

Задача: Убедить в высочайшей скорости процесса деградации и неизбежной смерти при приеме синтетического наркотика.

Синтетические наркотики – это изобретение нынешнего века, которое несет в себе, куда большую угрозу, чем героин и другие сильные наркотические вещества. Они буквально наводнили Россию и несколько лет продавались под видом различных курительных смесей или «солей для ванны» как абсолютно законное средство. Однако стоит взглянуть на их свойства, как становится очевидна их большая опасность для современной молодежи.

Скорость, соли и спайсы. Казалось бы, что общего между этим разными словами? Общее между ними одно – они приводят к деградации и смерти. Под вполне привычными для нас словами «скорость» или «соли» скрываются синтетические наркотики нового поколения, которые за небольшой срок способны полностью разрушить вашего самого близкого человека

Характеристики синтетических наркотиков:

1. Они не имеют вкуса, запаха, цвета, поэтому могут быть легко перевезены через границу. Более того, они могут легально поступать в страну под видом компонентов и даже в готовом виде.
2. Для выпуска скорости, спайсов или другой синтетики в больших объемах достаточно маленького химического завода.
3. Никакие приборы и средства не позволяют выявить факт приема таких наркотиков.
4. Употребляющему не требуется применять шприц, поскольку синтетика легко усваивается через любые слизистые: наркотики можно нюхать, курить, принимать в виде таблеток и т.д.
5. Синтетика очень медленно выводится из организма, приводит к его быстрому истощению и серьезному повреждению интеллекта.

Что станет с беззаботным человеком?

Молодежь часто начинает употреблять скорость, спайсы или соли «за компанию», видя, как другим становится от этого легко и весело. Не догадываясь, к чему приведет употребление этих «безобидных» веществ, многие молодые люди беззаботно развлекаются и постепенно становятся жертвами наркотиков нового поколения.

Вот несколько примеров того, к каким изменениям приводят синтетические наркотики:

- Почти необратимое нарушение сна. Даже после полного прекращения приема наркотиков естественный сон не возвращается к человеку долгие месяцы и может восстановиться только после прохождения реабилитации.
- Серьезное нарушение внимания и памяти. Человек не может поддерживать разговор, не запоминает того, что обсуждалось только что, в некоторых случаях теряет способность читать.

- Человек перестает адекватно оценивать ситуацию, начинает всюду видеть угрозу, испытывает постоянный страх, становится растерянным, раздражительным. У него полностью исчезает самокритика, то есть он считает себя способным уйти от зависимости. Если вовремя не остановить зависимость, то употребление может закончиться смертью под поездом или другим способом свести счеты с жизнью.

Если близкий вам человек попал в беду и оказался в плену синтетических наркотиков, не медлите ни одного дня! Уход от проблемы может привести к необратимым последствиям для вашего близкого. Не поддавайтесь на уверения в том, что «у меня все под контролем», «это безобидная травка» или «все так делают». Вместо этого как можно скорее обратитесь к специалистам.

Подросток или взрослый не начинает употреблять наркотики без причины. За стремлением постоянно получать быстрое «искусственное» удовольствие стоят какие-то серьезные переживания, комплексы, страхи. Только при таком подходе в сочетании с общей реабилитацией организма можно рассчитывать на то, что человек не вернется к наркотикам снова.

На сегодняшний день мало тех людей, которые не знают о героине, кокаине и последствиях их приема. Однако даже эти известные всему миру наркотики меркнут перед современными синтетическими препаратами. Безобидные с виду курительные смеси и соли на самом деле куда более опасны, поскольку во многие страны они проникают законным путем и очень быстро губят только начавших жить молодых людей!

Курительные смеси JWH

Это синтетический наркотик, который могут называть планом, травой, книгой, дымом или даже шоколадом. С виду он напоминает соду, однако его часто разводят с какой-то аптечной травой вроде ромашки или мать-и-мачехи. Курят обычно через пластиковые бутылки с дыркой, трубочки.

Признаки употребления.В течение нескольких дней подросток может плохо спать, испытывать безразличие ко всему, терять внимание, силу, ощущать резкие перепады настроения. Сразу после курения у него появляется заторможенность речи и мышления, происходит застывание в одной позе, нарушение координации, покраснение или помутнение глаз.

Родители, внимание! Вся опасность наркотиков курительных смесей JWH заключается не только в том, что подросток быстро попадает в сильную зависимость от них, деградирует умственно и физически, но и в том, что его жизнь часто заканчивается «в окне». Обкуренный молодой человек бездумно выходит в окно, поскольку ему хочется пережить чувство полета. Поэтому в случае любых подозрений на употребление вашими детьми этих наркотиков,

мы рекомендуем вам незамедлительно получить помощь в реабилитационном центре. Помните, что любое ваше промедление или надежда на то, что «как-нибудь само пройдет», может закончиться для вашей семьи трагедией!

Наркотики МДПВ

Синтетические наркотики МДПВ (метилендиоксипировалерон), которые именуют как соли, скорость, легалка, являются одними из самых страшных наркотиков. В связи со своей доступностью, эта группа наркотиков пользуется огромной популярностью среди молодежи. МДПВ приводят к быстрой деградации человека, причем вернуть его к первоначальному состоянию практически невозможно. Внешне наркотик похож на сахарную пудру.

Признаки употребления. Во время приема наблюдаются непроизвольные движения руками, головой, дикий взгляд, тревожность, полная потеря сна, гримасы, бредовые идеи, большой прилив энергии. Вне приема человек начинает спать несколько дней подряд, имеет опухший вид, часто хочет покончить жизнь самоубийством, начинает плохо соображать, много лжет.

Вывод

Родители, внимание! Если вы обнаружили, что ваш ребенок употребляет «синтетики», действуйте незамедлительно! Чем меньше времени подросток употребляет синтетические наркотики, тем больше шансов спасти его жизнь!

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ.ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ.

(для педагогов, психологов, родителей)

Л.П.Харитонова

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Красноярский краевой наркологический диспансер»

План

1. Историческая справка.
2. Алкоголизм, определение, его распространенность.
3. Причины возникновения алкогольной зависимости.
4. Как развивается алкогольная зависимость?
5. Каковы проявления алкоголизма?
6. Подростковый алкоголизм и подростковый пивной алкоголизм.

Цель: Своевременное выявление и предупреждение развития алкогольной зависимости.
Задача: Пояснить опасность употребление алкогольных напитков, в том числе «культурного пьянства».

В течение почти десяти тысяч лет пиво и вино использовали ежедневно для утоления жажды. В древние времена избегали употребления воды, так как она была переносчиком болезней. С другой стороны, употребление перебродившей жидкости способствовало сохранению водно-электролитного баланса и обеспечивало организм питательными веществами. В древности практиковалось умеренное потребление спиртосодержащих напитков, хотя всевозможные праздники, например, в честь Вакха (греческий религиозный ритуал), способствовали потреблению пива и вина. В двенадцатом веке в Европе получил распространение заимствованный с Востока метод перегонки, сделавший возможным очистку и выделение этилового спирта из перебродивших напитков. Освоение этого нового процесса означало переход от употребления пива и вина в качестве питательных веществ к употреблению алкоголя в количествах, достаточных для того, чтобы быть вредным.

По мере усложнения социальной структуры общества употребление алкоголя становится все более индивидуальным, появляются личные мотивы и отношение к спиртному, и в то же время увеличивается число факторов, обусловливающих злоупотребление им. Тяжелые жилищные условия, недостаточное и однообразное питание, отсутствие и недоступность культурных развлечений, безысходность - вот причины тяжелого бытового пьянства. Люди прибегают к нему как к средству забвения. Однако алкоголизм увеличивается и по мере сосредоточения промышленности и населения в крупных городах (процесс урбанизации).

Разнообразны и психологические причины пьянства, под которыми понимают совокупность мотивов, побуждающих отдельные личности к употреблению спиртного. Трудности приспособления к условиям среды, конфликт с окружением, неудовлетворенность, одиночество, непонятность, утомление, робость, осознание своей неполноценности в каком-либо отношении и прочее вызывают состояние психического дискомфорта, которое временно снимается под действием алкоголя.

В настоящее время проблема употребления алкогольных напитков во многих странах приобрела общегосударственный характер. С одной стороны, они стали непременным атрибутом различных празднеств, церемоний, торжественных встреч, ритуалов, а с другой - оказываются непосредственной причиной нарушений общественного порядка, роста преступности в стране, падения нравственности, нанесения экономического ущерба обществу, снижения уровня здоровья населения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, зависимость от алкоголя определяется как психическое и физическое состояние, возникающее вследствие употребления алкоголя и проявляющееся особенностями поведения или другими реакциями, вынуждающими больного постоянно употреблять алкоголь или периодически как действие на психику, или с целью избежать неприятные явления при отказе от алкоголя (наиболее полное отражение проблемы зависимости).

Основные теоретические положения

Алкоголизм - это прогредиентное заболевание, определяющееся патологическим влечением к спиртному, психической и физической зависимостью, развитием дисфункционального состояния при прекращении употребления алкоголя, а в далеко зашедших случаях стойкими соматовегетативными расстройствами и психической деградацией.

Распространённость алкоголизма в разных странах может различаться. В большинстве развитых стран она укладывается в диапазон 2-4% от всего населения или 3-5% от взрослого. А в винодельческих (Франция, Италия) странах - даже 8-10%.

Психологические причины возникновения алкоголизма:

- индивидуальная (психологическая) предрасположенность к пристрастию к алкоголю.
- самолечение (прием алкоголя в качестве лекарства);
- как проявление психического заболевания.окружающая обстановка (социальное давление) усиливает пристрастие к алкоголю.

Социальные причины:

- неполная занятость;
- бедность;
- супружеская дисгармония;
- стрессовые ситуации на работе;
- дети подражают поведению взрослых;
-дети начинают употреблять алкоголь под нажимом сверстников.

Биологические причины:

- генетические различия предрасположенности к развитию алкогольной зависимости;
-диспропорционально высокий уровень алкоголизма у мужчин по сравнению с женщинами (5:1);
- повышенный риск развития алкоголизма у сыновей/братьев мужчин-алкоголиков;
-данные по усыновленным близнецам указывают на повышенный риск (в 4 раза), если алкоголизмом страдают биологические родители;
- модель заболевания: алкоголизм как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

Алкоголизм как заболевание имеет типичные симптомы и характерное течение; Только развитие абстиненции является признаком выздоровления;

Биохимическая предрасположенность включает:
- генетические - врожденные - факторы (алкоген - ген, ответственный за развитие алкоголизма, дефицит серотонина, недостаточная способность мозга окислять альдегиды);
- дефицит питательных веществ;
- дисфункцию центральной нервной и эндокринной систем.

Психосоциальная предрасположенность включает:
- чувство неполноценности и отчуждения;
- употребление алкоголя для облегчения боли/снятия груза проблем.

Механизм развития зависимости от алкоголя

Эндогенный алкоголь вырабатывается в норме в каждой клетке нашего организма, он способствует тканевому дыханию. Его концентрация - 0,4-0,5 мг%, а среди популяции 0,1-0,9 мг %.

В организме здорового человека алкоголь расщепляется преимущественно ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ). Она содержится во многих органах, но наибольшей активностью обладает АДГ находящаяся в печени. АДГ не имеет строгой специфичности только к этанолу. С её помощью происходит окисление первичных и вторичных алкоголей, витамина А, некоторых жирных кислот, АДГ у различных животных и растений гетерогенна. У человека известны, по крайней мере, 10 её изоформ. Варьирует и их количественное соотношение. Этим во многом определяются различия метаболизма этанола у различных людей. При употреблении экзогенного алкоголя он расщепляется ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ) на ацетальдегид + Н. НАД (никотинаамиадениннуклеотид).

В организме имеется и другой путь окисления этилового спирта, в котором участвует фермент каталаза. Этот фермент очень широко распространён в природе и имеется во всех растительных и животных клетках, имеющих цитохромные системы. Таким путём окисляется небольшое количество этанола (обычно не более 10%). При длительном употреблении этанола каталазный путь окисления заметно усиливается. Это один из альтернативных механизмов окисления этанола.

Гораздо более важную функцию в этом процессе выполняет микросомальнаяэтанолокисляющая система (МЭОС). Она локализована в

гладком эндоплазматическом ретикулуме клеток печени. Окисление этилового спирта в этой системе относится к реакциям, включающим окисление-восстановление цитохрома Р-450. В физиологических условиях по этому пути в организме окисляется до 25% алкоголя. Систематическое потребление спиртных напитков существенно увеличивает активность этой системы. Независимо от пути окисления этанола промежуточным продуктом его метаболизма выступает ацетальдегид. Для организма он представляет собой высокотоксическое вещество. Ацетальдегид в большом количестве не дает эритроцитам взять кислород - гипоксия - тканевое дыхание нарушается, поэтому в опьянении нужен пиридосальфосфат (вит. В 6) - фосфоэтаноламин - эндогенный алкоголь.

Дальнейший путь метаболизма ацетальдегида - это его окисление ацетальдегиддегидрогеназой (АльДГ) до ацетата с использованием в качестве субстрата НАД. В настоящее время в природе известно два фермента АльДГ, значительно отличающихся по своей активности. Уксусная кислота, образовавшаяся в результате окисления ацетальдегида, становится ацетатной частью ацетилкоэнзима А. Последний же частично вовлекается в цикл Кребса и, таким образом, метаболизм алкоголя завершается образованием углекислого газа, воды и энергии, идущей на жизнеобеспечение организма. Часть же ацетилкоэнзима А вовлекается в синтез жирных кислот и холестерина, а также во многие биосинтетические реакции.

Альдегид обладает способностью высвобождать катехоламины и, благодаря своей чрезвычайной реакциноспособности, образует с ними соединения - тетрагидроизохинолины, обладающие морфиноподобными свойствами. Если человек пил накануне, они повышены.

Альдегид в процессе своего окисления привлекает к себе значительное количество АльДГ, чем снижает её активность по отношению к эндогенным опиатам.

При хронической алкогольной интоксикации стимулируются МЭОС и каталазная система окисления, что приводит к нарастанию максимальных концентраций ацетальдегида. С одной стороны это стимулирует всё большую степень высвобождения, а затем и синтеза катехоламинов, в том числе и дофамина, с другой - увеличению образования опиатов. Постоянно образующиеся избыточные количества опиатов и опиатодофаминовых комплексов участвуют в формировании психической и физической зависимости от алкоголя. Одновременно повышенная продукция опиатов, как и в случае хронического употребления морфина, вызывает повышение активности энкефалиназы - фермента, разрушающего опиаты. Адаптивное снижение «чувствительности» дофаминовой системы мозга и повышение активности энкефалиназы составляют основу развития толерантности к алкоголю.

Проявления алкоголизма

Диагноз алкоголизма подтверждается при регулярном, систематическом употреблении алкоголя в количестве, эквивалентном 0, 5-0,75 л водки.

Интоксикация продуктами неполного окисления алкоголя при выраженном опьянении встречается у случайно выпивших лиц, ситуационно пьющих, привычных пьяниц и у больных алкоголизмом. При этом преобладает общесоматическая симптоматика: головная боль, слабость, сердцебиение, неприятный вкус во рту. Возникает отвращение к спиртному, прием дополнительных доз алкоголя приводит к значительному ухудшению самочувствия. Для облегчения состояния такие лица прибегают к антагонистам алкоголя: пьют кофе, крепкий чай, жидкости, нормализующие кислотно-щелочное равновесие организма (огуречный рассол, квас, минеральные воды).

Клиника алкоголизма подразделяется на три группы синдромов, так называемые клинико-формирующие факторы:

1.Синдром измененной реактивности:

- утрата защитных реакций при употреблении спиртных напитков;
- синдром измененной толерантности ("трапеция");
- синдром измененных форм опьянения, который появляется на 2-й стадии заболевания.

2.Синдром наркоманической зависимости.

Ярким проявлением синдрома наркоманической зависимости является алкогольный абстинентный (похмельный) синдром.

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) - это симптомокомплекс соматовегетативных, неврологических и психических расстройств, возникающих у больного в силу резкого прекращения употребления алкоголя или значительного снижения его доз, причем прием небольших доз алкоголя значительно облегчает его самочувствие.

Абстинентный синдром сопровождается подавленным настроением, чувством стыда, раскаяния и вины. Может формироваться выраженное депрессивное состояние с суицидальными мыслями и намерениями. В тяжелых случаях абстинентный синдром сопровождается судорожными припадками, галлюцинациями, отсутствием сна. Длительную бессонницу квалифицируют как предделирий.

3.Синдром токсико-органических проявлений

Основные признаки:

- соматические расстройства;
- неврологические расстройства;
- психическая деградация;

Первая стадия алкоголизма (начальная, неврастеническая)

Основные признаки:

- утрата рвотного рефлекса;
- психическая зависимость (обсессивноподобное стремление выпить, дабы улучшить свое психическое состояние);
- снижение количественного контроля;
- появление палимпсестов;
- изменение формы потребления;
- появление астенического симптомокомплекса.

Кардинальными признаками 1 стадии хронического алкоголизма являются злоупотребление спиртными напитками с утратой контроля за количеством выпиваемого алкоголя, патологическое влечение с нарастающей толерантностью (потребностью во все возрастающих дозах), регулярными выпивками. Длительность I стадии алкоголизма составляет 1-6 лет. В день ориентировочно потребляется 0, 3 л водки.

Вторая стадия (наркоманическая)

Основные признаки:

- влечение к алкоголю как обсессивноподобного, так и компульсивного характера;
- потребность в психическом и физическом дискомфорте, возникающем лишь в состоянии интоксикации;
- абстинентный синдром;
- максимальная за время заболевания толерантность;
- измененные формы опьянения;
- систематический прием алкоголя (по типу псевдозапоев);
- отсутствие количественного контроля, снижение ситуационного;
- личностные изменения.

По мере формирования II стадии алкоголизма качественно меняется клиника опьянения: перечисленные симптомы усиливаются и видоизменяются, осложняются вегетативными и статокинестетическими признаками. Появляются резкая потливость, бледность либо гиперемия лица, усиливается тремор языка, рук, в дальнейшем возникает общий тремор, повышаются температура тела и артериальное давление, развиваются тахикардия и тахипноэ. Нарушается координация движений (нетвердая походка, помахивание при пальценосовой пробе, неустойчивость в позе Ромберга). Возникают специфические психические нарушения; поверхностный сон с кошмарными сновидениями, пониженное настроение, беспокойство, тревога, пугливость, настороженность, иногда параноидная настроенность. Все эти симптомы полностью исчезают либо облегчаются при опохмелении, т. е. употреблении определенного количества алкоголя. При формировании и становлении алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и потребности в опохмелении принято диагностировать II стадию хронического алкоголизма.

Возникает, казалось бы, парадоксальное явление: прием алкоголя, который ранее утяжелял симптоматику, начинает купировать похмелье, улучшает общее состояние. Причина этого - нарушение обмена катехоламинов (адреналина, норадреналина, медиатора дофамина).

При II стадии хронического алкоголизма растет толерантность к алкоголю - в сутки потребляется дробными дозами 0, 6-2 л водки. Короткий эйфоризирующий эффект сменяется расторможенностью, двигательной активностью, злобностью, склонностью к аффективным вспышкам, агрессивному поведению. Провалы памяти замещаются амнезиями. Сформировавшийся алкогольный абстинентный синдром свидетельствует о необратимых изменениях в организме, при возобновлении пьянства появляется вновь. При II стадии хронического алкоголизма пьянство может

проявляться в форме однодневных эксцессов с опохмелением, быть непостоянным, постоянным, запойным и перемежающимся. Ухудшается качество личности алкоголика: появляются эгоцентризм, лживость, эмоциональное огрубление, ослабление чувства долга, притупление родственных чувств, некритическое отношение к болезни, интересы сосредоточиваются на алкоголе. Эмоционально-волевые нарушения возникают раньше интеллектуально-мнестических.

Различают несколько типов изменений личности алкоголика: эксплозивный, неустойчивый, астенический и синтонный. При эксплозивном типе преобладают раздражение, неприязнь, злобность, гневливость, приводящие к агрессивным поступкам. Неустойчивый тип характеризуется колебанием интересов и целей, неспособностью к систематическому труду, внушаемостью, стремлением к веселому времяпрепровождению в кругу собутыльников. Астенический вариант изменений личности проявляется в раздражительной слабости, возбудимости, обидчивости, склонности к аффективным вспышкам. Возбуждение быстро сменяется вялостью, апатией, заторможенностью. Таким больным свойственны истощаемость при умственных и физических нагрузках. При синтонном типе у больных беспричинно повышенное настроение с оптимизмом, самодовольством, хвастливостью. Они склонны к грубому юмору, излишне общительны. Другие типы изменений личности: дистимический, истерический, шизоидный - встречаются реже.

Продолжительность II стадии хронического алкоголизма - 10-12 лет. Могут возникать психозы (делирий, галлюциноз, острый параноид) через 5 лет после сформировавшегося абстинентного синдрома.

Третья (энцефалопатическая)

Основные признаки:

- снижение толерантности;
- истинные запои;
- падение интенсивности психической зависимости;
- углубление и утяжеление физической зависимости;
- утяжеление неврологических и психопатологических признаков алкогольной энцефалопатии;
- большая вероятность алкогольных психозов и в особенности их затяжных форм.

При переходе II стадии алкоголизма в III личность нивелируется, продолжается интеллектуально-мнестическое снижение. В III - конечной - стадии хронического алкоголизма, которая характеризуется токсической энцефалопатией, происходит трансформация основных симптомов алкоголизма. Снижается толерантность к алкоголю - опьянение наступает от значительно меньших доз алкоголя, больные переходят на менее крепкие напитки. После длительной интоксикации возникает рвота, отсутствует ситуационный контроль, появляются амнезии. Постепенно происходит социальная, психическая и физическая деградация личности.

Выделяют три варианта деградации личности:

По алкогольно-психопатоподобному типу, что проявляется в утрате морально-этических норм поведения, хвастливости, лживости, грубом алкогольном юморе, переоценке своих возможностей, взрывчатости, агрессивности, быстром переходе от эйфории к субдепрессивным состояниям;

По органически-сосудистому типу, при котором обращают на себя внимание ухудшение памяти, внимания, снижение трудоспособности, что свидетельствует об интеллектуально-мнестическом снижении. Появляются апатия, расстройства сна, слабодушие, депрессивный оттенок настроения. В абстиненции могут возникнуть мысли о самоубийстве, приводящие к завершенному суициду. По алкогольно-психопатоподобному типу суицидальные попытки носят демонстративно-истерический характер - больные наносят себе поверхностные раны и пр.;

По смешанному типу, который включает интеллектуально-мнестические и эмоционально-волевые расстройства.

При III стадии хронического алкоголизма чаще возникают бредовые затяжные психозы. Длительность III стадии - 5-6 лет. Умирают больные от сопутствующих заболеваний.

Патологическое влечение к алкоголю

Первичное патологическое влечение к спиртному не связано ни с опьянением, ни с похмельем и соответствует психической зависимости от алкоголя. Вторичное влечение - в опьянении, после кокой-то дозы спиртного, индивидуальной для каждого. Вот как говорил по этому поводу один из зависимых от алкоголя: "Я вообще пью немного, не больше 100 грамм. Но если я выпиваю 100 грамм, то я становлюсь другим человеком, а этот человек пьет много". Здесь также четко прослеживаются элементы так называемого алкогольного юмора.

Подростковый алкоголизм

По причине урбанизации большинство подростков знакомы с алкоголем. Среди подростков - 10-12% имеют зависимость от него.

Определённые предрасполагающие условия:

- экзогенные вредности - черепно-мозговые травмы, задержки психического развития, резидуально-органическое поражение ЦНС;
- наследственная отягощённость, если больны родители, то вероятность развития заболевания выше в 4-5 раз;
- неблагоприятные микросоциальные условия - алкогольное окружение, неполные семьи, пьянство кого-то из родителей, традиции - всё принимается подростком как модель поведения; 3) склонность подростков к группированию, по данным В.Я. Гиндикина и В.А.Гурьевой - более 40% подростков имеют неустойчивый тип акцентуации.

Особенности подросткового возраста

- преобладание трофотрофной (парасимпатической) нервной системы;
- идёт развитие эмоциональной сферы, особенно чувственных компонентов;
- идёт развитие эндокринной системы;

- повышенная гидрофильность организма. В крови - 0,6 мг % - феномен смазанной речи; 0,9 мг % - снижается самоконтроль, затруднён процесс суждений;
- атипичные формы опьянения: лабильность, дисфории, демонстрации, сэлементами оглушения, гебефреноподобное опьянение;
- заболевание развивается очень быстро, высокопрогредиентно, отсутствует этап бытового пьянства. Нет системы, алкоголизация носит хаотический характер. Влечение к алкоголю формируется быстро, нет идеаторного компонента. Изначально контроль утрачен. Нередко влечение к алкоголю носит компульсивный характер;
- ААС формируется быстрее в 2,5 раза, чем у взрослых, но он рудиментарен и незавершён. Отсутствует тремор, присутствуют вегетативные расстройства, тревога и напряжённость - в основном - это астеновегетативные расстройства;
- очень рано появляются картины изменённых форм опьянения: злобность, конфликтность, агрессивность. Быстро нарастают изменения личности: опустошённость, эмоциональная холодность, отсутствие синтонности, пропадают побуждения к тому или иному роду деятельности. Очень высок риск суицидов.

Особенности течения алкоголизма у подростков
- ускоренное развитие болезни;
- незавершённость, недостаточная выраженность симптоматики;
- трудность разграничения стадий и нечёткость стереотипа их развития;
- отражение свойств пубертатной психики;

Профилактика.
- исключить патологическую почву.
- занятость подростков.
- оздоровление микросреды, где находится подросток.
- сбалансированное питание у детей (больше сложных углеводов - сбраживание - вырабатывается эндогенный спирт).

Подростковый пивной алкоголизм

В последнее время, на улицах нашего города мы часто встречаем подростков, пьющих пиво. Сейчас это уже стало нормой, но давайте задумаемся о последствиях.

Одним из значимых показателей психического здоровья нации является алкоголизация подрастающего поколения. Опрос несовершеннолетних г. Красноярска позволил выяснить, что среди потребляемых с целью алкоголизации напитков наиболее популярным является пиво, содержащее в себе малый процент алкоголя. Но что же скрывается за этим легким и доступным для широкой массы потребителей напитком?

Пиво представляет собой натуральный алкогольный напиток. Основными его компонентами являются вода (91 – 93 %), углеводы (1,5 – 4,5 %), этиловый спирт (3,5 – 4,5 %) и азотсодержащие вещества (0,2- 0,65 %).

Остальные компоненты пива присутствуют в нем в незначительных количествах. Это минеральные вещества, органические кислоты, фенольные соединения, горькие вещества, ароматические соединения, биогенные амины и эстрогены.

Пивоварение известно с древних времен. В 70-80 годы пиво пользовалось большим спросом, так как в переводе на 1 г алкоголя это было самое дешевое спиртное. Чрезвычайно характерной болезнью того времени был алкогольный цирроз печени. Как правило, он развивался у потребителей пива. В начале 90-х ситуация изменилась. Пиво стало дорогим напитком. По стоимости 1г алкоголя пиво стало невыгодным для того, чтобы напиваться. На какое-то время потребление пива упало. Но прошло несколько лет и оказалось, что пиво опять пьют, но пьют уже «все и везде». Молодые и немолодые, мужчины и женщины, юноши и девочки, на улице на ходу, в автобусе, на вокзале, попивают пиво из бутылок и банок.

Сегодня в России на человека приходится около 14 литров чистого алкоголя в год, что по данным Министерства здравоохранения России считается признаком тяжелой алкогольной обстановки, а пива выпивает один человек в России около 43 литров в год. По прогнозам, к 2010 году россиянин будет выпивать в среднем 65 литров пива ежегодно. В состав пива входят вредные вещества. Это, прежде всего моноамины – продукты распада хмеля, которые и дают основной элемент пивного опьянения – состояние заторможенности, тупости. Кстати, среди моноаминов есть кадаверин – трупный яд. Пивная алкоголизация создает ложное впечатление благополучия. Пиво в общественном мнении – почти не алкоголь, так как пивной алкоголизации долгое время не характерны алкогольные эксцессы с драками и вытрезвителем. Потребность выпить пиво долго не вызывает такую тревогу у человека, как потребность в водке. Пивной алкоголизм развивается более вкрадчиво и коварно, чем водочный. Пиво быстро всасывается в организм, переполняя кровеносное русло, при большом количестве выпитого возникает варикозное расширение вен и расширение границ сердца. Рентгенологи называют это явление синдромом «пивного сердца». В некоторые сорта пива, для повышения пенообразования добавляют соединения кобальта, который, являясь химическим аналогом кальция, занимает его место в сердечной мышце. Но функции кальция при возбуждении и сокращении миокарда кобальт выполнить не может, что способствует снижению сократительной способности сердечной мышцы, увеличению объемов сердца, то есть приводит к сердечной недостаточности.

Регулярное употребление пива повышает риск развития

злокачественных образований. В ответ на прием пива в мужском организме начинает выделяться – в частности, в печени – патологическое вещество, которое подавляет выработку основного мужского полового гормона метилтестостерона. В результате, начинают продуцироваться женские половые гормоны эстрогены, при этом становится шире таз, увеличиваются грудные железы. В больших количествах пиво оказывается клеточным ядом, поэтому при злоупотреблении им тяжело выражены соматические последствия: миокардиодистрофия, цирроз печени, гепатит. При пивной алкоголизации тяжелее, чем при водочной, поражаются клетки головного мозга, поэтому быстрее нарушается интеллект, обнаруживаются психопатоподобные изменения. Самый большой рост распространенности зависимости от пагубной привычки наблюдается сейчас среди подростков. Показатель «пагубного употребления алкоголя» здесь в три раза выше общего уровня. На конец 2008г. в наркологических учреждениях края состояло на диспансерном учете 3686 несовершеннолетних, из них 2975 подростков и 711 детей до 14 лет.

Выводы

Алкоголизм у подростка имеет ряд существенных особенностей, и поэтому, в отличие от взрослого «хронического», называется «ранним». Отмечается злокачественность его течения, у подростков отсутствует стадия бытового пьянства или психической зависимости, которая у взрослых может растягиваться на долгие годы. Как только они начинают регулярно употреблять спиртные напитки, в том числе пиво, у них сразу формируется стадия физической зависимости от алкоголя. Регулярное употребление спиртных напитков в течение года формирует у подростка и психическую, и физическую зависимость одновременно.

Многие из современных 16-17 летних подростков выпивают более трех литров пива в день. Если пол-литровая бутылка пива равноценна 60 граммам водки, то получается, что такой подросток употребляет около 400 граммов водки ежедневно.Учитывая негативное воздействие пива, особенно на молодой организм, стоит задуматься о последствиях его употребления. Пивная алкоголизация отрицательно влияет на процесс формирования, как отдельной личности, так и нации в целом.

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СПОСОБЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

(для родителей, педагогов, психологов)

Е.С. Квитковская, В.В. Саури

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»,

План

1. Девиантное поведение: общие понятия и определение.
2. Причины возникновения девиантного поведения.
3. Рекомендации по работе с подростками, допускающими отклонения от норм поведения.

Цель: Ознакомить с понятием «девиантное поведение», необходимостью его профилактики

Задача:Указать на особенности реакции подростков, обусловленные влиянием социальной среды при формировании индивида

Одним из самых распространенных следствий нарушения либо деформации процесса социализации личности является возникновение отклонений в поведении. Отклоняющееся поведение - поведение, в котором устойчиво проявляются отступления от общепринятых данных обществом поведенческих норм. Синоним понятия «отклоняющееся поведение» является понятие «девиантное поведение». Девиантное поведение определяется соответствием или несоответствием тех или иных поступков социальным нормам и ожиданиям. Однако критерии определения поведения как девиантного неоднозначны и часто вызывают разногласия и споры. В зависимости, во-первых, от степени причиняемого вреда интересам личности, социальной группе, обществу в целом и, во-вторых, от типа нарушаемых норм можно различать следующие основные виды отклоняющегося (девиантного) поведения: деструктивное поведение, причиняющее вред только самой личности и не соответствующее общепринятым социально-нравственным нормам, накопительство, конформизм, мазохизм и другие; асоциальное поведение, причиняющее вред личности и социальным общностям (семья, компания друзей, соседи и другие) и проявляющееся в алкоголизме, наркомании, самоубийстве и другом; противоправное поведение, представляющее собою нарушение как моральных, так и правовых норм и выражающееся в грабежах, убийствах и других преступлениях.

Девиантное поведение - это отклоняющееся поведение, то есть совершение человеком поступков, которые полностью не соответствуют нравственным и социальным нормам любого общества. Поведение таких людей отличается от поведения тех, кто укладывается в нормативные требования семьи, общественных мест, учебных заведений, мест работы и общества. Такое поведение включает в себя противоправные, антисоциальные, суицидальные, делинквентные действия по отношению к себе и обществу. Чаще всего девиантное поведение проявляется на почве трудных условий жизни, переоценки моральных норм общества, неправильного воспитания и социального окружения. Кроме того, происхождение девиантного поведения может быть обусловлено ранним половым созреванием подростков или какими-то психологическими особенностями человека. При столкновении с непониманием, критикой на физические или внешние данные человек может впасть в состояние аффекта, что приводит к его агрессивной бессознательной деятельности.

Теперь рассмотрим подробнее причины возникновения девиантного поведения:

1. Неправильное воспитание.

Одной из основных причин отрицательного поведения подростков является неправильное воспитание детей и подростков в семье.

«Трудный» подросток, как правило, живет в «трудной» семье. Он является свидетелем конфликтов между родителями и ощущает невнимание к своему внутреннему миру. Но не всегда неблагополучные семьи бросаются в глаза. Иной раз это неблагополучие скрыто довольно глубоко. И лишь тогда, когда с подростком случается беседа, обращается внимание на уклад жизни семьи, на ее мораль, на ее ценности, которые и позволяют увидеть корни беды.

За внешним благополучием может скрываться асоциальное состояние семейных отношений, уклада жизни и воспитания подростка в семье, которые являются ведущими, непосредственными факторами формирования личности каждого из них.К семьям, которые создают условия «повышенного риска» для отклоняющегося поведения подростка относятся:

- неполная семья, где имеются только матери, реже отцы, или семьи, в которых детей воспитывают прародители (бабушка или дедушка);

- конфликтная семья, в которой существует напряженность взаимоотношений между родителями, отсутствует взаимопонимание и имеются выраженные расхождения во взглядах, установках, вкоторой мир и

согласие держатся на временных компромиссах и в трудную минуту противоречия вспыхивают с новой остротой;

- «асоциальная семья» - преобладают антиобщественные тенденции, паразитический образ жизни, члены семьи вступают в противоречие с законом;

- формальная семья – отсутствует общность потребностей, жизненных целей, взаимное уважение между членами семьи; семейные обязанности выполняются формально, часто родители находятся на грани расторжения брака, которому мешают материальные и жилищно-бытовые соображения;

- «алкогольная семья» - основные интересы членов семьи определяются употреблением спиртных напитков;

- семья, в которой имеются душевнобольные родители; в таких случаях не создаются условия для полноценного развития личности подростка.

2. Медико-биологические факторы.

Одним из клинико-биологических отрицательных факторов следует назвать наследственность, снижающую защитные механизмы и ограничивающую приспособительные функции личности. Она может проявляться в следующих вариантах:

- Наследование умственной недостаточности, которая характеризуется в преобладании предметно-конкретного мышления, невозможности полного осмысления различных жизненных ситуаций, недостаточной критической оценки своих поступков, что часто приводит подростков к социальной дезадаптации.

- Наследование аномальных черт характера, которые приводят к развитию личности, часто неспособной в полной мере регулировать свое поведение в обществе, особенно в неблагоприятных, кризисных ситуациях.

- Наследственность, обусловленная алкоголизмом родителей. Этот фактор проявляется в недостаточности защитно-охранительных механизмов деятельности головного мозга и обнаруживается в самых разнообразных формах нервно-психической патологии (умственной недостаточности, нарушения формирования характера и др.).

Наряду с влиянием наследственности, существенное значение имеет и биологическая неполноценность нервных клеток мозга, обусловленная такими неблагоприятными факторами, как тяжелые заболевания в первые

годы жизни и травмы головного мозга, которые приводят к своеобразным особенностям темперамента и проявляются в эмоциональной неустойчивости подростков, в слабости защитных и приспособительных механизмов.

Особую роль в возникновении нарушений поведения играют особенности подросткового возраста, который характеризуется бурным ростом организма, началом и завершением полового созревания, совершенствованием функции органов различных систем организма, в том числе и центральной нервной системы. Современные условия жизни оказывают на организм ребенка более интенсивное воздействие, чем полвека назад, темп жизни ускорился. Вместе с тем у подростка сохраняются детские интересы, эмоциональная неустойчивость, незрелость гражданских понятий и представлений. Возникает диспропорция между физическим развитием и социальной адаптацией. При неустойчивой нервной системе и еще не сформировавшихся жизненных взглядах и убеждениях, подросток оказывается более восприимчивым к воздействию примеров негативного поведения.

3. Психические факторы.

Подростковый возраст – период завершения формирования характера. Нарушение этого формирования характера, происходящее подчас в данном возрасте, сопровождается различными негативными характерологическими реакциями, которые нередко выходят далеко за рамки нормы и могут приводить в различным формам асоциального поведения. Наиболее распространенными негативными характерологическими реакциями являются:

- Реакции активного протеста, возникающие в кризисных для подростка ситуациях, проявляются в виде агрессивного поведения, грубости, непослушания, имеют четкую направленность против определенных лиц, создавших конфликтную ситуацию;

- Реакции пассивного протеста, обусловленные стремлением избавиться от трудной для подростка ситуации, всегда сопровождаются чувством обиды, утратой прежнего эмоционального контакта и проявляются в виде уходов из дома, бродяжничества, отказов от приемов пищи, отказов от речевого общения;

- Реакции отказа, связанные с чувством отчаяния, проявляются в активном уклонении от контактов с окружающими, отказом от привычных желаний и увлечений, страхом перед всем новым;

- Реакции имитации – подражания формам поведения окружающих, которые пользуются авторитетом у подростков и могут играть отрицательную роль, если имитируется асоциальный лидер или неприемлемые для нашего общества модели поведения (например, не лучшие образцы массовой культуры);

- Реакции компенсации и гиперкомпенсации (сверхкомпенсации) – обычно маскируют ту или иную слабую сторону личности, а также играют роль защитных личностных реакций; подчас принимают карикатурный, утрированный характер (в основе многих безрассудных поступков лежит стремление показать свое «бесстрашие» окружающим);

- Реакции эмансипации – повышенное стремление подростка к независимости, самоутверждению (отражается в определенном отрицании социального положительного опыта старшего поколения и в переоценке значения своих жизненных наблюдений);

- Реакции увлечения – тесно связаны с влечениями, наклонностями и интересами личности и проявляются в удовлетворении каких-либо потребностей (увлечения, сопровождающиеся пустым бессодержательным времяпрепровождением на улице; увлечения связанные с азартными играми; эгоцентрические увлечения, проявляющиеся в стремлении быть в центре внимания любой ценой);

- Реакции группирования – составляют важнейшую черту подростков и проявляются в стремлении образовать неформальные группы сверстников, обычно отличающиеся определенной стойкостью (в большей мере склонны к объединению в группы педагогически запушенные, безнадзорные подростки);

- Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным чувствам, - связаны с повышенным половым влечением и разнообразными формами его удовлетворения (сюда относятся не только проявления непосредственной сексуальной активности – онанизм, ранние сексуальные связи, подростковый гомосексуализм, демонстрация своих половых органов, но и некоторые другие случаи агрессивного садистического поведения).

Только на основе учета и анализа основных причин отклонения подростков от норм поведения определяются содержание, формы и методы воспитательной работы.

Рекомендации по работе с подростками, допускающими отклонения от норм поведения.

Для предупреждения правонарушений и коррекции отклонений поведения подростка, существенно знание их личностных особенностей. В каждом конкретном случае к педагогически запущенному подростку необходим строго индивидуальный подход, основанный на осознании подростком доверия и заботы взрослых в сочетании с их требовательностью.

Следует выделить четыре группы педагогически запущенных подростков.

Первая группа.Подростки, впервые совершившие проступок, или называемые «случайные нарушители». Их предшествующее поведение характеризуется обычно равнодушным отношением к учебной деятельности по нескольким предметам, грубостью по отношению к своим сверстникам, проявлением лживости. Чаще всего поступок они совершают под влиянием внезапно возникшей конфликтной или иной неблагоприятной жизненной ситуации. Это связано с тем, что обычно «случайные» нарушители либо постоянно находились под жестким контролем, либо воспитывались в семье, где отношения построены на лживости и взаимной грубости, или в школе, где они учатся, из-за трудности в учении сложилась конфликтная ситуация.

1. Таких подростков необходимо обязательно включить в деятельность коллектива класса, внеклассных и внешкольных профильных объединений с учетом их интересов и способностей, постепенно усложняя характер даваемых им поручений (от исполнителя к организатору);

2. Воспитательная работа с такими подростками строится на положительных примерах (из литературы, кино, жизни), разъяснении ошибочности их поведения и его последствий;

3. Следует им помочь в подготовке к урокам (при необходимости организовать специальные занятия во внеучебное время);

4. Надо установить постоянный контроль за такими подростками, но он не должен быть жестоким;

5. Важно помочь подросткам найти друзей, соответствующих их темпераменту и способных на них положительно воздействовать.

Вторая группа. Подростки, впервые совершившие правонарушения, которые являются случайными с точки зрения повода и ситуации, но ранее уже имевшие отклонения от норм поведения (побег из дома, курение, драка, употребление спиртных напитков). Они равнодушно относятся к учебной деятельности, среди этих подростков наблюдается систематическая неуспеваемость по нескольким предметам.

1. С такими подростками следует начинать работу с установления жесткого систематического контроля со стороны взрослых;

2. Необходимо обеспечение постоянного положительного влияния посредством подбора общественного воспитателя, который должен особое внимание сосредоточить на повышении роли коллектива, где учится подросток, и определении содержания досуговой деятельности последнего;

3. Надо поощрять положительные моменты в поведении педагогически запущенных подростков, постоянно держать в поле зрения все виды связей подростков с микросредой.

Третья группа. Подростки, совершившие правонарушения, которые обусловлены их общей нравственной деформацией (грубые систематические нарушения дисциплины в школе и вне ее, лживость, употребление спиртных напитков, курение, драки, грубость, жестокость). Это связано с тем, что у них сформирован определенный стереотип асоциального поведения. Чаще всего они являются активными участниками асоциальных неформальных групп подростков.

1. С такими подростками необходимо построить работу таким образом, чтобы контроль за их выполнением общественных норм был не только жестким и систематическим, но и всесторонним;

2. Их надо изолировать от отрицательного влияния группы с асоциальным поведением на основе включения в общение с теми объединениями подростков, для которых характерно ярко выраженная, общественная, ценная деятельность;

3. Общественным воспитателям надо бывать чаще с подшефным подростком в его свободное время;

4. Поощрять подростков следует только тогда, когда данное ему общественно-полезное поручение выполнено до конца.

Четвертая группа. Подростки, характеризующиеся устойчивой антиобщественной направленностью. К их числу относятся те подростки, которые уже неоднократно совершали проступки и имеют определенное наказание. У этого типа подростков наибольшая деформация нравственных устоев. Они обычно не хотят учиться, уклоняются от работы. Нередко они являются руководителями подростковых группировок антисоциального типа. С ними трудно сразу установить контакт. Они грубы, возводят между собой и воспитателями барьер недоверия и даже враждебности.

1. Каждому воспитателю надо быть более настойчивым в перестройке его отношения к себе. Целеустремленность, принципиальность, чуткость и тактичность воспитания, должны помочь подростку почувствовать необходимость общения с наставником;

2. Необходим систематический, всесторонний контроль за деятельностью подростка, за кругом его общения;

3. С начального этапа воспитательной работы надо добиваться, чтобы подросток накапливал положительный опыт;

Если же он не поддается воспитательному воздействию со стороны всех организаторов воспитательной работы с ним, то следует поставить вопрос о его направлении в специальное учебное учреждение.

Психолого-педагогическую помощь детям и подросткам группы риска необходимо объединять в комплексную систему профилактических и коррекционно-реабилитационных мер, направленных не только на развитие познавательных и коммуникационных процессов, но и на повышение самостоятельности при формировании системы ценностных установок, в укреплении социальной позиции и личностных проявлений.

Этиологичность профилактики заключается в воздействии на основные факторы (социальные, психологические, биологические), способствующие формированию отклоняющихся форм поведения.

Вывод

Таким образом, вопросы девиантного поведения личности в обществе актуальны среди молодежи. Такое поведение носит негативный характер и представляет серьезную опасность. Профилактика девиантных форм поведения - задача общегосударственная, и успешное ее решение возможно только при совместных координированных усилиях врачей, педагогов, юристов, социологов, психологов, широкой сети государственных и общественных организаций, направленных на работу, как с самим подростком, так и с его семьей.

Сведения об авторах

1. Харитонова Людмила Петровна, заведующая отделением медицинской профилактики КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер.
Телефон 221-96-27,

E-mail: hlp.knd@mail.ru

2. Квитковская Екатерина Сергеевна, медицинский психолог КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Телефон 298-09-12, 298-04-02

3. Саури В.В., медицинский психолог КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»
Телефон246-29-50

4. Лисняк Марина Анатольевна, к.м.н., доц. кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, с.т. 8 9080199842.

5. Демко Елена Анатольевна, заведующая отделом организации и проведения мероприятий в области гигиенического обучения и воспитания КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики», к.м.н.,
Телефон 2905542, 89535944305.

6. О. Ю. Кутумова, главный врач КГБУЗ «Красноярский краевой Центр медицинской профилактики», к.м.н., доцент
Телефон 212-38-38

Литература

1. Кан-Калик В. А. Грамматика общения. — Москва: Роспедагентство, 1995. — 108 с.
2. Наркомания как форма девиантного поведения: Сб. ст. / Рос. АН. Ин-т социологии: Под общ.ред. М.Е.Поздняковой.- М., 1997.-63с. лечение постабстинентного состояния).- М.: Медпрактика.- М., 2001.
3. Профилактика наркомании у подростков: От теории к практике / Н.А.Сирота, В.М. Ялтонский, И.И. Хажилина, Н.С. Видерман.- М.: Генезис, 2001.- 216с. Шифр 616.891-099.1 П-84
4. Пятницкая И.Н.Наркомании: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1994.-554с. Шифр 616.891-099.1 П-99
5. Шабанов П.Д. Основы наркологии.- СПб.: Изд-во Лань, 2002.-556с.: ил. Шифр 616.891-099.1 Ш-12
6. «Клинические и организационные вопросы наркологии» под редакцией Е.А. Кошкиной, 2011г.
7. «Превентология. Профилактика социальных отклонений»
В. Кулганов, В, Белов, Ю. Парфенов, 2014г.
8. Шнайдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков; М., 2011г.
9. Клайберг Ю.А. Социальная работа и коррекция девиантного поведения подростков; М., 2013г.
10. Беличева С.А., Фокин В.М. Охранно-защитная концепция социальной профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних; М., 2014 г.
11. Целуйко В.М. Психология неблагополучной семьи; М., 2013 г.
12. Борисова, И.В. Эмпирическое исследование способов поведения в конфликте учащихся-подростков с разным уровнем самооценки и тревожности / И.В. Борисова, Ю.П., Новикова Ю.П. // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. - 2014. - № 41. - С. 178-184.
13. Степанова, Н.В. Формирование адаптивного поведения старших подростков в межличностных конфликтах в условиях взаимодействия субъектов образовательного процесса / Н.В. Степанова // Вестник Брянского государственного университета. - 2013. - № 1-1. - С. 204-207.
14. Кривцова, С.В. Навыки конструктивного взаимодействия с подростками : тренинг для педагогов / С.В. Кривцова, Е.А. Мухаматулина. – 3-е изд. исправ. и доп. – М. : Генезис, 2004.
15. Хухлаева, О.В. Тропинка к своему Я: уроки психологии в средней школе (7-8 классы) / О.В. Хухлаева. – 2-е изд. стереотип. – М.: Генезис, 2007.
16. Хухлаева, О.В. Тропинка к своему Я: уроки психологии в средней школе (5-6 классы) / О.В. Хухлаева. – 2-е изд. стереотип. – М.: Генезис, 2008.
17. Чепурная, Д.Д. Особенности конфликтов между подростками / Д.Д. Чепурная // Новая наука: Опыт, традиции, инновации. - 2016. - № 10-2. - С. 88-90.

18. Давиденко Д.Н., Щедрин Ю.Н., Щеголев В.А. Здоровье и образ жизни студентов / Под. общим. ред. проф. Д.Н. Давиденко: Учебное пособие.- СПб.: СПбГУИТМО, 2005.-124 с.
19. . Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги / авт.-сост. М.Ю. Михайлина, М.А. Павлова.- Волгоград: Учитель, 2009.- 207с.
20. Социально-психологические подходы к проблеме девиантного поведения детей и подростков. Сборник итоговых материалов- Красноярск, 2013.-120 с.
21. Вайнер Э. Н. ЗОЖ как принципиальная основа обеспечения здоровой жизнедеятельности/Э. Н. Вайнер//ОБЖ. Основы безопасности жизни. – 2009. — №3. – С.39-46;
22. Синягина Н. Ю., Кузнецова И. В. Здоровье как образ жизни// Н. Ю. Синягина, И. В. Кузнецова//Здоровье всех от А до Я. – 2007. – №2. – С.41-47.
23. Суравегина И. Т. Здоровый образ жизни выбери сам: Здоровье человека как экологическая проблема/И.Т. Суравегина//Экология и жизнь. – 2007. — №4. – С.28-31
24. Методология изучения и сохранения здоровья участников образовательного процесса в вузе: монография (авт. коллектив Н.А. Горбач, А.В. Жарова, М.А. Лисняк, Т.П. Колоскова, Т.Ю. Тимофеева, Т.В. Трепашко, Д.М. Шерстяных, А.С.Шерстяных) / под ред. Н.А. Горбач, М.А. Лисняк. – Красноярск : СибЮИ ФСКН России, 2012. – 260 с.
25. Психология активности и поведения [Электронный ресурс]: курс лекций / И. А. Фурманов. – Минск: БГУ, 2012. – 188 с.
26. https://medportal.ru/budzdorova/relation/kto-kontroliruyet-vashu-zhizn/
27. . https://psyera.ru/lokus-kontrolya-37.htm
28. Педагогика / ред. П.И. Пидкасистого. - М., 1996.
29. Харламов И.Ф. Педагогика / И.Ф. Харламов. – Учеб. Мн.: Университетское, 2000.
30. Столяренко Л.Д. 100 экзаменационных ответов по педагогике: Экспресс-справочник для студентов вузов / Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгин – Ростов н/Д: МарТ, 2000.
31. Бордовская Н.В. Педагогика: Учеб. для вузов / Н.В. Бордовская, А.А. Реан - Спб.: Питер, 2000.
32. Маркова А.К. Психология профессионализма / А.К. Маркова - М.: 1998.
33. Климов Е.А. Психология профессионала / Е.А. Климов - М.: Воронеж, 1996.
34. Рогов Е.И. Учитель как объект психологического исследования / Е.И. Рогов - М.: ВЛАДОС, 1998.
35. Джампольски Д.: Как обрести внутреннее равновесие и оздоровить свои отношения с окружающими. - М.: Просвещение, 1990
36 Тигранян Р.А.: Стресс и его значение для организма. - М.: Наука, 1988
37Добрович А.Б.: Воспитателю о психологии и психогигиене общения. - М.: Просвещение, 1987
38.Лакосина Н.Д.: Медицинская психология. - М.: Медицина, 1984
39. Гехт К.: Психогигиена. - М.: Прогресс, 1979
40. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. – СПб., «Питер», 2000.

41. Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л. Мозг, разум, поведение. – М., 1988.
42. Гринберг Д. Управление стрессом. – СПб., 2002.
43. Жариков Е.С. Психологические средства стрессоустойчивости. – М., 1990.
44. Изард К. Эмоции человека. – М., 1980.
45. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М., 1994.
46. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб., 2001.
47. Психология: Словарь / Под общей ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990.
48. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1993.